RB 91144

UNIVERSITY OF
TORONTO LIBRARY

The
Jason A. Hannah
Collection
in the History
of Medical
and Related
Sciences

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
University of Toronto

http://www.archive.org/details/recherchesanatom02loui

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES,

SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LE NOM

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE.

II.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LES NOMS

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE,

PUTRIDE, ADYNAMIQUE, ATAXIQUE, BILIEUSE, MUQUEUSE,

GASTRO-ENTÉRITE, ENTÉRITE FOLLICULEUSE, DOTHINENTÉRIE, ETC.

COMPARÉE AVEC LES MALADIES AIGUES LES PLUS ORDINAIRES.

Par P.-C.-A. LOUIS,

Médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin en chef des épidémies du département de la Seine, président perpétuel de la Société médicale d'observation de Paris, membre de l'Académie royale de médecine de la même ville, membre honoraire de la Société médicale du Massachusett, de celle d'Édimbourg, de l'Association provinciale médicale et chirurgicale de Worcester, associé du Collége des médecins de Philadelphie, de la Société médicale de la même ville, de l'Académie de Saint-Pétersbourg, des Sociétés de médecine de Heidelberg et de Bruges, de la Société médicale d'observation de Boston.

« *Je sais que la vérité est dans les choses, et non dans* « *mon esprit qui les juge, et que moins je mets du mien* « *dans les jugements que j'en porte, plus je suis sûr d'appro-* « *cher de la vérité.* » EMILE.

DEUXIÈME ÉDITION, CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE.

TOME SECOND.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, No 17.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

1841.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LES NOMS

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE,

PUTRIDE, ADYNAMIQUE, ATAXIQUE, BILIEUSE, MUQUEUSE,

GASTRO-ENTÉRITE, DOTHINENTÉRIE, ETC.

TROISIÈME PARTIE.

DESCRIPTION DES SYMPTOMES.

ARTICLE VII.

Des symptômes cérébraux.

Céphalalgie, somnolence, délire, mouvements spasmodiques, état des forces.

§ 1.

De la céphalalgie.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

A quatre exceptions près, la céphalalgie eut lieu chez tous les sujets (obs. 15, 18, 28, 51), presque toujours continue, rarement bornée aux redoublements du soir. Elle augmentait par degrés dans certain cas, était uniforme dans le grand nombre, et débuta avec les premiers symptômes de

l'affection, si ce n'est chez trois malades qui n'en éprouvèrent qu'à partir des deuxième, troisième et quatrième jour (obs. 5, 6, 21). Elle finissait aux approches du délire, ou quand l'assoupissement se déclarait; ce qu'on ne pouvait pas toujours attribuer à une perception incomplète, plusieurs malades *accusant* des douleurs dans diverses parties du corps, en même temps qu'ils assuraient ne plus avoir de céphalalgie. Le délire passé, le mal de tête ne reparaissait plus.

Le caractère et le degré de la céphalalgie n'étaient pas toujours les mêmes. Ordinairement gravative, elle était quelquefois tensive, occupait peu les malades, à quelques exceptions rares près. Très intense chez une femme qui succomba au douzième jour de l'affection, au point de lui faire désirer la mort, elle était encore dans toute sa vigueur, chez le même sujet, deux jours avant le terme fatal; et le cerveau était dans l'état naturel (obs. 8).

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Deux sujets, sur cinquante-sept dont la maladie fut *grave*, n'eurent point de mal tête; et si l'on en excepte huit, chez lesquels la céphalalgie débuta du troisième au douzième jour de l'affection, elle eut lieu avec les premiers symptômes. Sa durée la plus ordinaire était de huit à dix jours, ses termes extrêmes de quatre et vingt. Elle cessait presque constamment deux ou trois jours avant l'admission des malades à l'hôpital, quand l'assoupissement commençait, ou quelques jours avant. Son caractère, ses degrés, sa marche progressive ou son état stationnaire, sa continuité, ses exaspérations, furent les mêmes que dans les cas où l'issue de la maladie avait été funeste. — Trois fois je l'ai vu disparaître ou diminuer notablement, au cinquième jour de sa durée, à la suite d'une saignée du pied.

La céphalalgie n'a manqué que chez un des trente sujets dont l'affection fut *légère*. Trois d'entre eux n'en éprouvèrent que cinq à six jours après le début. Elle ne fut considérable que dans un cas, et le premier jour de la maladie seulement.

La céphalalgie, dont l'existence est difficile à constater dans le *premier âge*, au moins dans un grand nombre de cas, la céphalalgie, d'après les faits recueillis par MM. Rilliet et Taupin, serait à peu près aussi fréquente avant qu'après quinze ans. M. Rilliet n'a pu s'assurer de l'existence ou du défaut de ce symptôme dans la sixième partie des cas; M. Taupin affirme que la céphalalgie a existé chez tous les enfants dont il a recueilli l'histoire, à part trois; toujours bornée à la région frontale, à une exception près; très rarement aiguë, ordinairement gravative, bien que dans quatre cas néanmoins il y ait eu photophobie. M. Rilliet n'a jamais observé la céphalalgie à un haut degré, et il considère ce haut degré de la céphalalgie comme un moyen de diagnostic important, pour ne pas confondre les maladies cérébrales de l'enfance avec l'affection typhoïde; ce qui n'est guère moins vrai d'ailleurs, dans l'âge adulte.

Il résulte aussi des faits recueillis par le même médecin, que la céphalalgie a lieu dès le début de l'affection dans l'enfance, et qu'elle cesse après une durée de sept à dix jours. Une seule fois, M. Taupin l'a vue momentanément soulagée par des épistaxis survenues dans le cours de la maladie.

3° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

La céphalalgie n'a eu lieu que chez la moitié des sujets qui ont succombé à d'autres maladies aiguës, et elle s'est montrée un peu plus fréquemment chez les péripneumo-

niques que chez les individus atteints d'autres affections. Elle fut moins intense et de moins longue durée dans les cas dont il s'agit, que dans le cours de l'affection typhoïde.

4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës, qui ont guéri.

Huit *péripneumoniques*, sur cinquante-sept, n'eurent pas de céphalalgie. Elle se manifesta dès le début chez les autres, et ne se prolongea pas au-delà de huit jours.

Onze *varioleux*, sur douze, l'ont éprouvée dès le commencement de l'affection, terme moyen pendant six jours.

Elle a manqué dans cinq cas, sur dix-neuf, de *scarlatine*. Toujours peu considérable, elle débuta le premier jour de la maladie, à deux exceptions près, et sa durée fut ordinairement de six à sept.

Trois des treize sujets atteints de *rougeole* en furent exempts. Elle se manifesta avec les premiers symptômes de l'affection dans les deux tiers de cas ; et elle fut légère dans tous.

Rarement intense chez les sujets affectés d'*angine gutturale*, elle n'en épargna que quatre sur trente-sept ; ayant lieu presque constamment dès le début, pendant cinq jours, terme moyen.

Je ne l'ai observée que dans la troisième partie des cas de *rhumatisme*. Ordinairement de peu de durée, elle persista plus que dans les affections précédentes, chez quelques sujets.

De soixante-douze malades atteints de *catarrhe pulmonaire*, quatre seulement n'eurent pas de céphalalgie ; mais elle ne se manifesta, chez un grand nombre, que pendant la toux. Elle débuta, chez vingt-quatre, du quatrième au vingtième jour de l'affection.

Vingt-huit sujets, sur les quatre-vingt-quatre qui furent affectés d'*entérite*, n'eurent pas de mal de tête, que la maladie fût grave ou légère. Ce mal de tête débuta à une époque éloignée de l'apparition des premiers symptômes, dans quinze cas. — Ainsi, même sous le rapport de céphalalgie, on trouve une différence remarquable entre l'affection typhoïde la plus légère, et l'entérite proprement dite. Mais, dans ces affections comme dans les autres, il y eut un rapport presque constant entre le degré du mouvement fébrile, la fréquence et l'intensité de la céphalalgie.

Ce qui eut lieu dans les cas de *colique de plomb* est conforme à ce fait, et montre que le rapport dont il s'agit est une loi. Treize, ou seulement la sixième partie des sujets qui furent atteints de la colique saturnine, eurent de la céphalalgie, pendant deux ou trois jours, presque constamment à un faible degré, et à une époque plus ou moins éloignée du début de l'affection. — Cette rareté de la céphalalgie, dans le cours d'une maladie ausssi douloureuse, ne peut guère s'expliquer, ce me semble, que par le défaut de fièvre.

Ainsi, la céphalalgie est un des symptômes les plus ordinaires des maladies aiguës fébriles de toute espèce ; mais elle est plus fréquente chez les sujets atteints d'affection typhoïde que chez ceux qui sont affectés d'une autre maladie ; et comme elle est presque constante chez les premiers, comme elle débute aussi, chez eux, avec les premiers accidents, son absence, au début d'une maladie fébrile dans laquelle les autres symptômes d'une affection typhoïde manqueraient, cette absence serait l'indice que très probablement on a affaire à une maladie autre que l'affection typhoïde.

§ 2.

De la somnolence.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

La somnolence eut lieu dans tous les cas, hors cinq, ou chez les huit neuvièmes des sujets (obs. 2, 8, 12, 24, 44), et elle offrit de grandes variétés relativement à son début, à son intensité et à sa durée.

Elle débuta, le premier jour de l'affection, chez quatre sujets qui moururent les vingt-unième, vingt-deuxième, vingt-huitième jour (obs. 1, 7, 21, 39); du troisième au sixième, chez cinq autres (obs 2, 8, 12, 24, 44); à une époque plus éloignée, et, à une exception près, toujours avant le délire, chez le reste des individus.

Faible à son début dans tous les cas, même dans ceux où elle s'est offerte au plus haut degré, dans la suite, la somnolence conserva ce caractère dans tout le cours de la maladie chez un petit nombre de sujets, devint promptement considérable chez la plupart, au point qu'on pouvait découvrir la poitrine de plusieurs d'entre eux, leur tâter le pouls, pratiquer l'auscultation, leur parler à assez haute voix, sans les réveiller.

Une fois déclarée, la somnolence persistait presque sans interruption, à part les moments de délire, jusqu'à la mort; de manière qu'elle n'a cessé, de quatre à quinze jours avant cette époque, que chez sept malades, presque tous emportés après le trentième jour (obs. 15, 16, 17, 18 28, 34, 43).

Dans cet état, l'exercice des facultés intellectuelles était fort lent, les malades y répugnaient; plusieurs d'entre eux, pour peu que les questions se prolongeassent, donnaient

des marques d'humeur; et, quand l'assoupissement était considérable, ils y retombaient aussitôt qu'on cessait de les interroger. Ils étaient indifférents à tout ce qui se passait autour d'eux, et cette indifférence était surtout très sensible chez un certain nombre de femmes qui perdaient tout sentiment de pudeur, et se laissaient découvrir la poitrine et l'abdomen sans opposition. Alors aussi la figure était sans expression, les traits immobiles; il y avait stupeur dans la moitié des cas.

L'observation suivante est une de celles où la somnolence s'est montrée au degré le plus remarquable.

XXXIIIme OBSERVATION.

Constipation, diminution de l'appétit, douleurs dans les membres, puis diarrhée, chaleur, frisson, léger délire, assoupissement successivement plus profond, météorisme considérable; mort au *vingt-huitième jour*. — Cerveau sain, muqueuse gastrique ramollie, rouge, ulcérée; plusieurs plaques dures, ulcérées ou non ulcérées dans l'iléum; glandes mésentériques correspondantes volumineuses, ramollies, d'un rouge violet; reins, rate, foie, ramollis.

Un serrurier, âgé de vingt-sept ans, petit, large, fort, cheveux noirs, peau bien colorée, muscles bien dessinés, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 21 juillet 1823. A Paris depuis sept mois, il s'y était mal nourri pendant les quatre premiers, faute d'ouvrage; il accusait quinze jours de maladie, | avait continué à travailler jusqu'au 18 juillet, disait avoir eu, dix années avant cette époque, une maladie grave avec délire, dont il ne se rappelait aucun autre symptôme.

Au début : céphalalgie, douleurs lombaires, diminution de l'appétit, constipation. Ces symptômes continuèrent, des douleurs de ventre s'y joignirent dans les quatre derniers

jours ; à la même époque l'anorexie fut complète, la constipation fit place à la diarrhée, qui parut à la suite d'une décoction très chaude donnée au malade par un pharmacien ; il y eut des sueurs nocturnes, et de légers frissons dans la soirée. Le sommeil fut toujours assez bon, et des étourdissements, qui avaient précédé l'affection de quinze jours, n'avaient pas sensiblement augmenté depuis. — Le malade avait mangé, jusqu'au 18, un peu de viande, sans en être incommodé ; et une demi-bouteille de vin, prise la veille de son admission à l'hôpital, parut augmenter la diarrhée, sans exciter ni douleurs à l'épigastre, ni nausées.

Le 22, la figure était médiocrement colorée, naturelle d'ailleurs, le sommeil paisible ; il y avait de légères douleurs dans les lombes et dans les membres inférieurs, la langue était un peu rouge au pourtour, villeuse et jaunâtre au centre, bien humide ; la soif vive, l'anorexie complète, sans dégoût, l'épigastre légèrement sensible à la pression ; le malade avait eu au moins douze selles pendant la nuit, sans la moindre colique : il avait expectoré quelques crachats clairs et avait un peu de toux depuis quatre jours ; un peu de râle sec et sonore existait dans l'inspiration ; le pouls était régulier, assez large, à quatre-vingt-huit ; la chaleur franche et élevée, avec une sueur légère ; le malade se plaignait de sa faiblesse et ne demandait qu'à être délivré de son dévoiement (*Tis. d'orge éd.* ; *lav. lin* ter).

Il eut quatre selles dans la journée, et un peu de délire pendant la nuit. Le 23, à l'heure de la visite, il ne se le rappelait pas, témoignait des craintes sur l'issue de sa maladie et sur l'effet de la saignée qu'on lui prescrivait ; sa langue était moins humide que la veille ; il n'y avait aucun autre changement. (*Saignée de* 300 *grammes* ; *orge éd.* ; *lav. lin.*)

Le sang ne prit aucun retrait et se couvrit d'une couenne

assez épaisse, demi-transparente, peu consistante. L'assoupissement fut continuel dans la journée, il y eut du délire et de l'agitation pendant la nuit. Le 24, la physionomie n'offrait rien de remarquable, la langue était aride, le ventre météorisé, indolent; le pouls à quatre-vingt-seize, quelquefois intermittent; la chaleur sèche et élevée. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

L'assoupissement fut considérable le jour, et le délire à peu près au même degré que la veille, pendant la nuit. Le 25 : stupeur légère, surdité commençante; le malade ne se rappelle pas où les sangsues ont été appliquées; la langue et l'abdomen sont dans le même état que la veille. (*Petit lait*; *lav. ém.*; *vésic.*)

Les 26 et 27, l'assoupissement est continu et toujours croissant, le malade délire la nuit, a l'air distrait, tient des propos incohérents à l'heure de la visite; son pouls est régulier, à quatre-vingt-dix-huit, il a quelques stries rouges sur les yeux, des douleurs aux vésicatoires ; la sécheresse de la langue et le météorisme sont les mêmes que les jours précédents. (*Douze sangsues aux oreilles*, *le* 27.)

Aucune amélioration ne suivit la perte de sang, qui fut médiocrement abondante. Le 28, on ne pouvait réveiller le malade, tant l'assoupissement était profond; son pouls était redoublé, tremblotant, à cent-huit; sa langue un peu moins sèche que la veille, son ventre très météorisé; ses selles étaient peu fréquentes : les taches roses lenticulaires, observées le 26, étaient plus nombreuses, et la faiblesse très considérable. (*Glace sur la tête; sinap. aux membres inférieurs.*)

On prescrivit encore de la glace le lendemain, sans le moindre succès. Le 30, à l'heure de la visite, on ne pouvait qu'à grande peine obtenir quelques monosyllabes du

malade, on le découvrait; on auscultait sa poitrine, sans faire cesser l'assoupissement; la langue était sèche et rouge antérieurement, encroûtée en arrière; le ventre ballonné; le pouls petit, régulier, à cent-seize, la chaleur élevée; la respiration fréquente. (*Lim.* bis.; *petit-lait; quatre liv. de glace sur la tête; poudre de kk. sur les vésicatoires.*)

Dans la soirée, après la fonte de la glace, la figure était très rouge, l'assoupissement toujours profond, la chaleur intense, le pouls d'une extrême mollesse. Le 31, la figure était un peu bouffie, le malade faisait des efforts impuissants pour parler; il avait de la dysphagie, de larges sudamina au cou, et les taches roses lenticulaires de l'abdomen étaient élargies; un peu de râle sonore ou muqueux existait à droite et à gauche de la poitrine; on entendait des grognements continuels. (*Lav. de camom. camph.*)

Il y eut des selles involontaires dans la journée. Le lendemain, je trouvai un râle sous-crépitant du côté gauche de la poitrine; le ventre était toujours très météorisé, un peu sensible à la pression du côté gauche, le pouls et l'assoupissement étaient comme à l'ordinaire.

Les symptômes étant les mêmes le 2 août, on ordonna un vésicatoire au cou et une potion avec deux grammes d'extrait de quinquina.

Le malade prit par erreur la potion purgative d'un peintre, eut cinq selles sans vomissements et des sueurs copieuses. Le 3 : chaleur âcre, sudamina énormes, semblables à de grosses gouttes d'eau. Mort à quatre heures de l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE DIX-NEUF HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Météorisme considérable; destruction incomplète de la peau dans quelques points de la plaie des

vésicatoires des jambes; épaississement du même organe dans les parties non ulcérées.

Tête. Peu de sang et beaucoup d'air dans les veines cérébrales; tissu sous-arachnoïdien très légèrement injecté; petite cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux; toute la masse encéphalique peu injectée, d'une bonne consistance.

Cou. Trachée-artère rouge, comme par suite de macération.

Poitrine. Cœur d'un rouge pâle, très mou, facile à pénétrer. Aorte très rouge à l'intérieur, contenant quelques caillots de sang noirâtre; sa membrane propre, rouge, bien qu'à un médiocre degré, dans la moitié de son épaisseur. Nul épanchement de sérosité dans le péricarde. — Poumons volumineux, légèrement engoués en arrière, d'ailleurs sains.

Abdomen. La cavité abdominale ne contenait pas d'air, et l'intestin, très météorisé, se précipitait à travers les incisions pratiquées à l'abdomen. — L'estomac était doublé de volume, contenait une médiocre quantité de liquide brunâtre, dans lequel nageaient beaucoup de petits corps noirs, dont une partie restait adhérente au mucus visqueux et épais qui tapissait la membrane muqueuse dans sa portion pylorique. Cette membrane était brune et extrêmement ramollie, sans augmentation d'épaisseur, dans le grand cul-de-sac; rose et beaucoup moins ramollie ailleurs, où se trouvait un assez grand nombre de petites ulcérations superficielles. — Le duodénum offrait deux ulcérations semblables, de trois à quatre millimètres de diamètre. — L'intestin grêle contenait peu de mucosités. Sa membrane interne était mince, grisâtre, sablée de noir, d'une bonne consistance, excepté dans son dernier tiers, où elle était ramollie. Près du cœcum, dans la longueur de 33 centi-

mètres, se trouvaient six ulcérations et plusieurs plaques rouges, ovalaires, non ulcérées. Les ulcérations les plus considérables étaient les plus rapprochées du cœcum, au nombre de deux, de 200 millimètres de surface, jaunâtres et inégales. La membrane muqueuse était entièrement détruite dans le point correspondant, et la couleur jaune était due à la bile appliquée sur une matière blanchâtre, légèrement nuancée de jaune et de rose, épaisse de 2 à 3 millimètres, développée dans le tissu cellulaire, un peu friable à sa surface libre et dans tout son pourtour, de manière qu'on la séparait aisément des parties environnantes. Dans ce point les fibres musculaires étaient un peu rouges et épaissies. Quant aux plaques non ulcérées, la muqueuse qui en faisait partie était épaissie, moins molle que dans les points intermédiaires, et le tissu placé au-dessous, semblable à celui qui vient d'être décrit, mais un peu moins épais, plus ferme et plus rose. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales pultacées; sa membrane muqueuse était blanche et parfaitement saine, à part quelques taches rouges où elle était épaissie et ramollie. — Les glandes mesentériques voisines du cœcum étaient volumineuses, violacées et ramollies; les autres, d'une couleur ardoisée, d'ailleurs saines. — Le foie était mou, d'un jaune verdâtre, et offrait, dans son épaisseur comme à sa surface, un grand nombre de taches rouges, de 100 à 120 millimètres de diamètre, anguleuses, comme étoilées, sans ramollissement. La vésicule biliaire contenait une grande quantité de liquide très visqueux. — La rate était doublée de volume, très ramollie. — Les autres viscères sains.

Si l'assoupissement n'eut lieu qu'à une époque assez

avancée de l'affection, il fit des progrès rapides, fut bientôt si considérable qu'on ne pouvait en tirer momentanément le malade ; et comme le cerveau n'offrait rien de remarquable, il faut en chercher la cause ailleurs. On ne saurait la placer dans la membrane muqueuse de l'estomac, dont les lésions les plus graves, chez les sujets qui succombent à des maladies aiguës, différentes de celle dont il s'agit, ne sont pas accompagnées de somnolence. Il faut en dire autant des autres lésions secondaires, des divers ramollissements, même de celui de la membrane muqueuse de l'intestin grêle intermédiaire aux plaques altérées, par les mêmes raisons ; du météorisme qui n'a pas lieu dans tous les cas de somnolence. En sorte qu'on arrive, par voie d'exclusion, à placer la cause de l'assoupissement dans l'altération spéciale des plaques de l'iléum, ou dans la cause, quelle qu'elle soit, qui préside à leur développement ; proposition rigoureusement vraie pour tous les cas, et sur laquelle je reviendrai dans le paragraphe suivant, au sujet du délire.

La marche de la maladie, obscure et incertaine dans la première moitié de son cours, puis rapide et accompagnée des symptômes les plus caractéristiques et les plus graves, mérite d'ailleurs d'être remarquée. Ce n'est effectivement qu'après douze jours d'un état dans lequel la perte des forces était trop peu considérable pour empêcher le malade de se livrer à ses occupations, qu'il éprouve un mouvement de fièvre bien prononcé, de la diarrhée, une extrême faiblesse et un manque complet d'appétit. Après quatre jours de ce nouvel état, le délire survient, puis la somnolence et le météorisme, l'un et l'autre promptement extrêmes : la veille de sa mort, quand il était au plus mal, le sujet prend, par erreur, la potion purgative d'un peintre, n'a que quelques selles dans la journée, sans vomissements ; et, à l'ouver-

ture de son corps, on trouve la membrane muqueuse de l'estomac plus ou moins rouge et ramollie dans toute son étendue, superficiellement ulcérée près du pylore; plusieurs plaques de l'iléum profondément altérées, ulcérées ou non ulcérées; la membrane muqueuse de l'intestin grêle ramollie à un degré remarquable dans son dernier tiers; la rate, le cœur, le foie non moins ramollis : dernières lésions auxquelles l'altération cadavérique commençante n'est probablement pas étrangère, comme on l'a vu dans la seconde partie de cet ouvrage.

On dirait, au premier abord, qu'il y a eu ici deux affections : la première, antérieure; la seconde, postérieure au dévoiement; et l'on peut croire qu'à une époque encore peu éloignée de celle-ci, on aurait désigné la première sous le nom d'embarras gastrique, et la seconde sous celui de fièvre typhoïde. Mais un examen un peu approfondi des symptômes et des lésions, me semble repousser cette manière de voir. Car, d'un côté, la constipation, ou la régularité des selles, n'est pas très rare au début de l'affection typhoïde, qui peut rester latente dans tout son cours; et, de l'autre, l'altération des plaques elliptiques étant la plus profonde de celles qui ont été observées, doit être considérée comme la plus ancienne, antérieure, par conséquent, à celle de l'estomac.

La lésion de l'intestin grêle avait d'ailleurs suivi sa marche accoutumée, les ulcérations des plaques elliptiques de l'iléum étant plus larges près de la valvule iléo-cœcale que dans tout autre point. Et il est remarquable que la membrane muqueuse des plaques non ulcérées n'était que médiocrement ramollie, que l'altération du tissu sous-muqueux correspondant était profonde; en sorte qu'il n'est pas vraisemblable, comme je l'ai dit dans la première partie

de cet ouvrage, que cette lésion fût consécutive à celle de la muqueuse; qu'on peut seulement admettre qu'elles se sont développées l'une et l'autre en même temps.

N'oublions pas, en terminant, un fait important, je veux parler de l'absence de tout vomissement à la suite du drastique donné, par erreur, au malade, la veille de sa mort. A raison de l'état où était alors la membrane muqueuse de l'estomac, le fait semble d'abord avoir quelque chose d'extraordinaire ; mais il s'explique sans peine par l'assoupissement profond du sujet, et il devient une nouvelle preuve de la vérité de ce qui a été dit plus haut, de l'influence des accidents cérébraux sur les symptômes gastriques, dont ils empêchent le développement chez les sujets dont la membrane muqueuse de l'estomac est profondément altérée.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Huit, sur cinquante-sept sujets dont l'affection fut *grave*, n'eurent pas d'assoupissement manifeste. Et dans quarante cas où j'ai noté avec soin le début, la durée et le degré de ce symptôme, voici ce que j'ai observé. Il n'eut lieu, le premier jour de la maladie, chez aucun individu. Un seul en fut affecté le deuxième. Il débuta les sixième et huitième chez deux autres, le plus ordinairement le neuvième; dans un cas extrême, le quarantième, et, terme moyen, le quatorzième jour de l'affection. — Sa durée moyenne fut de huit jours; les extrêmes de cette durée, un et vingt. Quatre sujets n'eurent d'assoupissement bien marqué que pendant vingt-quatre ou trente-six heures; trois éprouvèrent ce symptôme pendant quinze, dix-huit et vingt jours. — Il fut profond dans la quatrième partie des cas, c'est-à-dire qu'alors les malades retombaient dans l'assoupissement

d'où on les avait tirés par quelques questions, dès qu'on cessait de les interroger. Il était médiocre ou léger dans les autres, ordinairement continu; et il remplissait les intervalles du délire quand celui-ci avait lieu, comme chez les individus dont la maladie eut une terminaison funeste.

Parvenu au *summum* de son développement, il diminuait par degrés, de manière que je ne l'ai vu suivre une marche contraire, ou augmenter le dernier jour de sa durée, que dans un cas.

Dans ceux où l'affection fut *légère*, la somnolence manqua assez fréquemment; c'est-à-dire que dix-neuf sujets seulement, sur trente-un, l'éprouvèrent à divers degrés, Elle était généralement beaucoup moins considérable, de moindre durée, plus tardive dans ces cas que dans les précédents. Elle débuta au cinquième jour chez un seul sujet; aux septième et neuvième chez deux autres, terme moyen, au dix-huitième jour de l'affection.

La somnolence est aussi un des symptômes le plus ordinaire de l'affection typhoïde dans l'*enfance;* mais nous ignorons dans quelle proportion elle a lieu. Comme chez l'adulte la somnolence débute rarement chez les enfants avec les premiers symptômes de la maladie, de manière que M. Rilliet ne l'a observée, à cette époque, que chez deux sujets dont un a succombé. Et bien rarement, ajoute-t-il, la somnolence est aussi marquée avant qu'après quinze ans.

3° *Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës, qui ont succombé ou qui ont guéri.*

Je n'ai recueilli d'exemple de somnolence chez les sujets emportés par des maladies aiguës de cette espèce, que dans

deux cas. Parmi ceux dont l'affection eut une heureuse issue, un *péripneumonique* éprouva ce symptôme à un remarquable degré, les huitième et neuvième jours de la maladie. Il débuta chez trois *varioleux* aux troisième et quinzième; et l'on conçoit sans peine que la somnolence jetterait aisément dans l'erreur, dans des cas analogues, si elle venait à se manifester avant l'éruption, puisque les symptômes généraux étant alors les mêmes que dans beaucoup de cas d'affection typhoïde, on pourrait croire avoir affaire à cette maladie. Toutefois, comme dans l'affection typhoïde la somnolence débute bien rarement avant le quatrième jour, on devrait soupçonner, dans le cas où elle se manifesterait plus tôt, qu'elle est le signe précurseur d'une fièvre éruptive. — J'ai encore observé la somnolence dans un cas de *scarlatine*, chez quelques sujets atteints d'*érysipèle à la face*, et chez deux autres affectés d'angine gutturale. — Il n'y eut ni somnolence ni stupeur dans les cas d'*entérite* proprement dite. Et si quelques-uns des quatre-vingt-quatre sujets qui furent atteints de cette maladie à divers degrés, eurent un peu de tendance au sommeil, ce fut seulement dans la proportion du nombre des selles et de l'affaiblissement qu'elles produisaient.

Chez aucun des sujets dont il s'agit, la somnolence n'a été comparable à ce qu'elle était ordinairement chez les malades atteints d'affection typhoïde, même à un faible degré; en sorte qu'il faut la considérer comme un des symptômes les plus caractéristiques de cette maladie.

§ 3.

Du délire.

1° *Chez les sujets morts d'affection tyhoïde.*

Le délire eut lieu chez sept des quarante-six sujets dont il s'agit. Les huit qui n'en offrirent pas succombèrent, pour la plupart, à la suite de la perforation de l'intestin grêle (obs. 8, 15, 20, 32, 41, 42, 43, 44, 45). Deux autres ne l'eurent que de vingt-quatre à quarante-huit heures, à une certaine période de l'affection (obs. 2, 16). Je ne l'observai que dans les deux ou trois derniers jours de l'existence, chez deux sujets emportés aux vingt-troisième et vingt-quatrième jour de la maladie, comme cela est assez ordinaire chez ceux qui succombent à d'autres affections aiguës (obs. 24, 37) : de manière qu'il serait exact de dire, à très peu de chose près, que sur quarante-six sujets emportés par l'affection qui nous occupe, trente-quatre seulement, ou les trois quarts environ, eurent du délire.

Ce symptôme offrait des différences remarquables relativement au degré, au début et à la durée, même chez les malades qui succombèrent dans la même période, du huitieme au quinzième jour, par exemple.

Il fut accompagné d'une violente agitation, surtout pendant la nuit, chez douze sujets qu'on fut obligé de maintenir avec le gilet de force, la nuit seulement, ou le jour et la nuit, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, suivant le degré de l'agitation. Et cette agitation fut si considérable chez un malade, que les liens les plus nombreux suffisaient à peine pour le maintenir dans son lit, au dixième jour de l'affection, la veille de sa mort (obs. 9). — Cette forme de délire était plus fréquente chez

les sujets emportés du huitième au vingtième jour de la maladie, que chez ceux qui succombèrent plus tard; dans la proportion de six à treize pour les premiers, de six à vingt pour les seconds.

Au milieu de cette violente agitation, la plupart des malades, dix sur douze, poussaient des cris, la nuit principalement, de manière à empêcher leurs camarades d'une même salle de dormir un instant. Ces vociférations insupportables, dont la durée offrit de nombreuses variétés, se prolongèrent, sans interruption, du treizième au vingt-cinquième jour de l'affection, chez un sujet qui mourut à cette dernière époque (obs. 36). Tant que cette extrême agitation durait, il était impossible d'obtenir quelque réponse des malades; ou bien elles étaient d'une bizarrerie extrême. Ainsi l'un ne savait pas son nom, l'autre ignorait s'il était malade (obs. 3, 38). Les mêmes individus témoignaient souvent beaucoup d'impatience, et l'un d'eux, avant d'être maintenu avec le gilet de force, me frappait du poing pour m'empêcher de lui tâter le pouls.

D'autres, sans éprouver la même agitation, parlaient presque sans interruption pendant la nuit (obs, 1, 10, 17, 22); et, chez quelques-uns, au lieu de paroles intelligibles, c'était un *grognement* continuel, plus ou moins fort, presque aussi insupportable que les vociférations, qui se prolongait au milieu de l'assoupissement (obs. 3, 29).

Un fait fort digne d'attention d'ailleurs, c'est qu'un seul des dix malades qui poussèrent des cris plus ou moins violents au milieu du délire, m'a offert, après la mort, quelques fausses membranes dans les voies aériennes; que chez aucun il n'y eut destruction partielle de l'épiglotte; et que le sujet dont les vociférations se prolongèrent pendant quinze jours, avait le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel. Preuve,

entre mille, que les causes occasionnelles sont sans action, ou presque sans action, là où les causes prédisposantes n'existent pas.

Dans les autres cas, le délire avait principalement lieu pendant la nuit; il n'était pas continu, et l'on pouvait assez ordinairement fixer, pour quelque temps, l'attention des malades qui faisaient alors quelques réponses sensées. Mais leur attention se fatiguait promptement, et pour peu que l'interrogatoire se prolongeât, ils ne répondaient plus *ad rem.* — Quelques-uns, au milieu des symptômes les plus graves, répondaient se trouver bien; espèce de perversion des sensations et du jugement que les pathologistes ont regardée, avec raison, comme un des signes les plus graves, et que je n'ai pas rencontrée parmi les malades qui ont guéri. — Une femme, qui mourut à une époque assez éloignée du début, parlait du danger qui la menaçait, le dix-septième jour de l'affection; elle y était profondément indifférente, comme à tout ce qui l'environnait, le vingt-unième; elle se trouvait mieux le vingt-troisième, passant ainsi rapidement de la crainte à l'indifférence et à l'espoir (obs. 29).

Si l'on en excepte un malade qui assurait, dans les intervalles d'agitation, que son argent lui avait été pris, le délire ne portait dans aucun cas sur une idée fixe.

Le délire *débutait*, chez presque tous les sujets, après la somnolence. Il eut lieu, dès le troisième jour de l'affection, chez deux malades qui succombèrent les huitième et quatorzième; le quatrième, chez un homme qui mourut le trente-troisième; le cinquième, chez deux individus emportés les dix-neuvième et vingtième jour; du huitième au vingt-cinquième, dans les autres cas. Il débuta, terme moyen, le dixième jour de l'affection chez les sujets qui mou-

rurent du quinzième au vingtième, et le quinzième seulement, chez ceux qui succombèrent après cette époque.

Quant à *sa durée*, elle fut la même chez les malades qui moururent du quinzième au vingtième jour, et chez ceux qui furent emportés après cette époque, terme moyen, de dix jours. Ce qui provient de ce que le délire débuta plus tard chez ceux qui succombèrent lentement, que chez ceux qui arrivèrent plus ou moins rapidement au terme fatal ; et de ce que, chez ces derniers, il était continu, persistait jusqu'à la mort; tandis que chez les autres, il cessait parfois avant, ou offrait quelque intermittence plus ou moins marquée (obs. 17, 18, 21, 22, 28, 34). — Les extrêmes de la durée ne différaient même que fort peu chez les individus qui succombèrent avant ou après le trentième jour de l'affection, cette durée étant de cinq à quinze jours pour les premiers, de quatre à seize pour les autres.

Maintenant, y avait-il un rapport appréciable entre le délire et l'état du cerveau, ou celui de quelque autre organe? Pouvait-on en trouver la cause dans leur état anatomique? Voici les faits :

Des douze sujets qui n'eurent pas de délire dans le cours de l'affection, ou qui n'en eurent que momentanément, pour vingt-quatre heures, ou pendant les deux ou trois derniers jours de la vie, quatre avaient la substance corticale du cerveau plus ou moins rose, dans toute sa circonférence. Ce viscère était parfaitement sain chez six autres. Il était très injecté, une de ses couches optiques était un peu ramollie, dans un cas; toute sa masse était un peu moins consistante que dans l'état ordinaire, dans le dernier. — Une si grande variété dans l'état apparent du cerveau, chez

des sujets qui n'eurent pas de délire, doit faire craindre de ne pouvoir trouver, dans les lésions appréciables de l'encéphale, l'explication des symptômes dont il est la source; et elle indique que ces altérations diverses sont probablement, comme je l'ai dit dans la seconde partie de cet ouvrage, le produit des derniers temps de l'existence (obs. 2, 8, 15, 16, 20, 24, 32, 37, 42, 43, 44, 45).

Ces inductions se trouvent confirmées par l'état du cerveau des douze sujets dont le délire a été le plus violent. Chez cinq d'entre eux, en effet, la substance corticale était d'un rose plus ou moins vif (obs. 9, 19, 23, 27, 36); chez cinq autres, toute la masse encéphalique était dans l'état normal. Elle était un peu molle chez un onzième (obs. 14), très injectée chez le dernier (obs. 18). — Entre l'état du cerveau chez ces sujets et chez les précédents, la différence est si petite, qu'on peut dire à très peu près, qu'il y a identité; tandis que les fonctions cérébrales étaient dans un état opposé, ou entièrement différent, chez les uns et chez les autres.

La consistance du cerveau ne parut un peu supérieure à ce qu'elle est dans l'état naturel, que chez deux des vingt-quatre sujets dont il s'agit. L'un eut un délire violent, l'autre conserva l'usage des facultés de l'intelligence (obs. 19, 45). Nouvelle raison de ne pas considérer ce degré de consistance comme un état pathologique (page 387 du premier volume).

Il est inutile, après cela, de comparer en détail l'état du cerveau et celui des fonctions cérébrales chez les autres individus; et je me contenterai de dire que cette comparaison n'est pas moins concluante que celle qui précède; en sorte que bien évidemment l'état apparent du cerveau ne pouvait expliquer les symptômes dont il avait été la source, à peu près comme l'état de la membrane mu-

queuse de l'estomac ne rend pas compte de l'anorexie et d'autres symptômes gastriques, dans un grand nombre de circonstances. Et comme alors on trouve ordinairement la cause de ces altérations de fonctions dans les lésions plus ou moins graves de quelque autre viscère, on peut croire qu'il en est encore de même ici des symptômes cérébraux; ce qu'il s'agit maintenant de rechercher.

On a souvent attribué aux maladies de l'estomac l'altération plus ou moins profonde des fonctions cérébrales. Sans leur dénier cette influence, qu'elles doivent nécessairement avoir, comme tant d'autres, dans quelques cas, voici ce que j'ai observé à cet égard, chez les sujets qui nous occupent. Des douze qui n'avaient pas eu de délire, on n'en avaient eu que dans les deux ou trois derniers jours de l'existence, un avait la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état naturel, sauf une légère nuance rose (obs. 37); trois l'avaient légèrement ramollie, sans altération de couleur ou d'épaisseur, dans le grand cul-de-sac ou dans le voisinage du pylore (obs. 15, 32, 43); cette membrane n'offrait guère que quelques petites ulcérations chez deux autres sujets (obs. 24, 42); elle était mamelonnée dans une étendue variable, ordinairement avec altération de couleur, de consistance et d'épaisseur, dans les six autres cas (obs. 2, 8, 16, 21, 44, 45). — Ces divers états existaient à peu près dans la même proportion chez les sujets dont le délire avait été plus ou moins violent; de manière que deux d'entre eux avaient la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état naturel (obs. 14, 18); deux l'avaient seulement ramollie dans le grand cul-de-sac (obs. 9, 19); deux l'avaient ramollie et amincie ou détruite par bandes (obs. 10, 27); enfin, cette membrane était plus ou moins largement mamelonnée, ordinairement plus ou moins rouge et épaissie, chez les six

derniers sujets (obs. 3, 23, 30, 36, 38, 39). — Il n'est donc pas possible d'attribuer à l'état de la membrane muqueuse de l'estomac les symptômes cérébraux qui ont eu lieu chez les sujets morts d'affection typhoïde.

Le même défaut de rapport existait entre les symptômes cérébraux, parmi lesquels il ne faut pas oublier la somnolence, l'état de la membrane muqueuse du gros intestin, et celui des autres organes. Et, comme il n'y eut qu'une seule lésion constante et toujours la même chez tous les sujets, l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle, il faut en conclure que c'est dans cette lésion, et sans doute aussi dans la cause, quelle qu'elle soit, qui avait favorisé le développement de l'affection, que se trouvait la véritable cause du délire, de la somnolence surtout; ce dernier symptôme n'existant que chez un bien petit nombre d'individus emportés par d'autres affections aiguës, bien que dans celles-ci les altérations des membranes muqueuses soient presque aussi fréquentes que dans le cours de l'affection typhoïde.

On dira peut-être que si le cerveau et l'estomac n'étaient pas altérés dans tous les cas où les fonctions cérébrales avaient été plus ou moins profondément troublées, si l'on ne peut pas expliquer le trouble de ces fonctions par l'altération de l'un et de l'autre organe réunis, on le peut sans doute, par l'un ou par l'autre isolément; qu'ainsi, mes conclusions ne sont pas rigoureuses. Mais les faits repoussent cette manière de voir, le cerveau et l'estomac n'ayant rien offert de remarquable dans plusieurs cas.

Le défaut de relation entre les symptômes cérébraux et l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, est d'ailleurs parfaitement d'accord avec ce qui a été dit précédemment, de l'époque à laquelle débutent ordinairement les lésions de

ce dernier viscère, à une période avancée de la maladie, quand déjà les fonctions encéphaliques sont plus ou moins profondément altérées. L'observation suivante va nous offrir une nouvelle preuve de ce fait.

XXXIVe OBSERVATION.

Anorexie, soif, chaleur, constipation, puis diarrhée, léger délire ; somnolence bientôt considérable, continue les dix derniers jours ; météorisme très prononcé ; mort au *vingt-cinquième jour*. — Ramollissement, amincissement de la muqueuse gastrique ; ramollissement extrême, épaississement de la muqueuse colite ; plaques elliptiques de l'iléum ulcérées ou non ulcérées, glandes mésentériques correspondantes volumineuses, ramollies, d'un rouge livide.

Une fille, âgée de dix-sept ans, vive et intelligente, d'une petite taille, d'un embonpoint médiocre, vint à l'hôpital de la Charité le 9 février 1823. A Paris depuis près de neuf mois, elle y était venue malgré elle, y avait pris un peu d'embonpoint, était malade depuis quinze jours, et au lit depuis six.

Au début, à la suite d'une nouvelle affligeante : céphalalgie, perte de l'appétit et des forces, soif, chaleur élevée, constipation. Ces symptômes persistèrent, la céphalalgie cessa au huitième jour, peu après l'application de dix sangsues à l'anus. A la même époque, la malade prit, sans avoir éprouvé de symptômes gastriques, quelques grains d'ipécacuanha qui furent suivis de vomissements de bile ; ses évacuations alvines, rares jusqu'alors, devinrent liquides et assez nombreuses ; elle eut, par intervalles, des douleurs de ventre, à l'hypogastre surtout ; elle se mit au lit, eut des frissons, et fut, dès ce moment, très sensible au froid. Toussant depuis quatre semaines, à l'époque du début, elle toussa un peu davantage ensuite.

Le 10 : figure violacée, d'ailleurs assez naturelle somno-

lence fréquente, mais facile à vaincre; réponses justes, léger délire pendant la nuit, comme depuis quelques jours; céphalalgie gravative, yeux assez vifs, soubresauts presque continuels dans les bras, sentiment de gêne autour de la mâchoire inférieure; langue rouge et sèche à la pointe, jaunâtre et villeuse en arrière, soif vive, déglutition facile, anorexie sans dégoût; ventre universellement sensible à la pression, souple, non météorisé, une selle pendant la nuit; pouls assez plein, un peu dur, à cent quinze; chaleur sèche, intense; quelques taches roses, lenticulaires, au dos et sur les parties antérieures et latérales de la poitrine; toux médiocrement fréquente, parole un peu brève, oppression, râle muqueux, ou comme produit par une espèce de corde de basse dans toute la partie postérieure de la poitrine. (*Limon.* ter; *pot. gom.; lav. de lin.*)

Le soir : délire tranquille, mais profond, de manière que la malade ne reconnaissait pas les personnes qui lui donnaient des soins. Ce délire persista long-temps encore au même degré, après une légère émission sanguine. Le lendemain, à l'heure de la visite, la malade se le rappelait et se disait assez bien; sa figure portait l'empreinte de la tristesse et de l'ennui, sa langue était rouge et humide, son ventre météorisé, un peu sensible à la pression; la chaleur élevée, le pouls enfoncé; les soubresauts continuaient. (*Vésic. aux jambes.*)

Il y eut des propos incohérents dans la journée. Le 12, l'intelligence était complète, la tendance au sommeil, considérable; et la malade faisait d'inutiles efforts pour la surmonter. La langue était sèche et rouge antérieurement, le météorisme considérable, le pouls plus enfoncé que la veille, à cent dix; les autres symptômes comme le jour précédent.

L'assoupissement fut continuel pendant le jour, et il y eut du délire pendant la nuit. Le 13 au matin : pouls encore plus faible que de coutume, à quatre-vingt douze seulement, crachats muqueux, parmi lesquels plusieurs étaient striés de rouge ; un peu de crépitation au bas du poumon droit en arrière, continuation des soubresauts et du météorisme. *(Quatre sangs. à chaque oreille, sinap. aux pieds; pot. gom.)*

Dès-lors, jusqu'au 19, l'assoupissement fut profond, difficile à vaincre ; il y eut du délire pendant la nuit. Cependant la malade se plaignait, le 14, des nouveaux vésicatoires qu'on lui ordonnait, le premier l'ayant fait inutilement souffrir, parcequ'elle n'avait aucun mal ! Le météorisme diminua progressivement, et les selles, au nombre de trois à quatre dans la journée, furent involontaires. La chaleur fut assez élevée, le pouls médiocrement développé. On entendait un peu de râle crépitant sur les côtés de la poitrine. —Les vésicatoires des jambes et des cuisses eurent un bon aspect ; on en ordonna un cinquième à la poitrine le 17. Des sangsues, appliquées aux oreilles, le 14, n'eurent aucun effet heureux appréciable, et une infusion de quinquina, prise le 18, fut vomie.

Le 19 : figure décolorée, persistance de l'assoupissement ; et si l'on en tire la malade, elle assure ne pas souffrir. *(Suppression du kk.)*

Dans la soirée, la respiration fut très gênée, très fréquente, répétée soixante fois par minute ; la malade fut administrée, commença à se croire en danger, et bientôt elle eut du délire. Le lendemain, sa figure était cadavéreuse, elle avait encore l'usage de son intelligence, sans avoir la force de soulever complétement ses paupières, et elle faisait des efforts inutiles pour sortir ses bras hors du lit.

croyant que je voulais lui tâter le pouls. Ses plaintes étaient continuelles durant l'application des sinapismes, et on l'entendait dire : Les battements du cœur sont-ils encore sensibles? Oh mon Dieu! — Une heure après, elle expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-UNE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Raideur considérable des membres; épaississement de la peau sur laquelle avaient été appliqués les vésicatoires.

Tête. Point de granulations arachnoïdiennes (glandes de Pacchioni), ni d'infiltration au-dessous de l'arachnoïde; quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux; substance cérébrale ferme, médiocrement injectée; cervelet sain.

Cou. Larynx dans l'état naturel; trachée-artère rouge inférieurement.

Poitrine. Poumons libres, remplissant la poitrine sans s'affaisser, bien que leurs cellules ne fussent que très peu dilatées; d'un rose tendre à leur partie antéreure, d'un rose violet, un peu engoués en arrière, dans une médiocre étendue; semés, intérieurement, d'un grand nombre de granulations grises, demi-transparentes. Bronches d'un rose assez vif; leurs dernières divisions tapissées par une matière puriforme. — Le péricarde contenait 55 grammes de sérosité claire. Le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains. Les ventricules droit et gauche contenaient des concrétions succiniformes.

Abdomen. L'œsophage était en partie dépouillé de son épiderme, d'ailleurs sain. — L'estomac contenait un liquide grisâtre. Sa membrane muqueuse avait le même aspect jusqu'à 80 millimètres du pylore, près duquel elle était d'un

rose très tendre. D'une épaisseur et d'une consistance convenables dans cette partie, elle était très amincie et molle comme du mucus partout ailleurs. — Sauf une faible nuance rose, le duodénum n'offrait rien de remarquable.— L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus, couleur orange plus ou moins intense. Sa membrane muqueuse était très ramollie, d'un rouge obscur près du cœcum, dans la longueur de 13 décimètres, et de là jusqu'au duodénum, d'un rouge clair, sauf quelques taches blanchâtres. Les plaques elliptiques n'étaient visibles que dans l'iléum; les plus rapprochées du jéjunum étaient blanchâtres, assez minces ; les autres, rouges, successivement plus développées, plus larges et plus épaisses, à mesure qu'elles étaient plus voisines de la valvule iléo-cœcale. Près de celle-ci, elles étaient ulcérées dans la longueur de 6 décimètres et demi, leur membrane muqueuse plus ou moins largement détruite, leur tissu sous-muqueux à découvert, ou même détruit, au fond de quelques ulcérations, dans la largeur de 10 à 12 millimètres; et alors les fibres musculaires correspondantes étaient rouges et épaissies. Les plaques non ulcerées avaient 2 millimètres, ou environ, d'épaisseur, par suite du développement de la muqueuse, qui était rouge et ramollie, et du tissu cellulaire sous-muqueux, non moins rouge et épaissi. Entre ces deux espèces de plaques s'en trouvaient d'autres beaucoup plus petites, irrégulières, d'ailleurs semblables, et quelques granulations miliaires jaunes, sans orifice ou point central. En outre, contre le cœcum, dans la largeur de 10 millimètres, la membrane muqueuse de l'iléum était détruite dans presque tout son pourtour, et le tissu cellulaire sous-muqueux plus ou moins rouge et épais. — Le gros intestin était un peu plus volumineux que dans l'état ordinaire, et il contenait une matière jaunâtre, assez abon-

dante, très claire. Ses parois étaient épaissies, sa membrane muqueuse extrêmement ramollie, plus épaisse que d'ordinaire, et elle offrait un assez grand nombre de taches grisâtres, lenticulaires, marquées d'un point noirâtre à leur centre. — Toutes les glandes mésentériques étaient rouges et livides; et les plus rapprochées du cœcum très volumineuses et ramollies. Les glandes mésocolites très d'un rouge plus foncé et d'un volume proportionnément plus considérable. — Le foie était un peu rouge et gorgé de sang, d'ailleurs sain; la bile de la vésicule était rousse et ténue. — La rate était presque doublée de volume, d'une couleur foncée, d'une médiocre consistance. — Les reins étaient rouges et pénétrés de plus de sang que d'ordinaire. — La matrice était saine. L'ovaire gauche avait 70 millimètres de long sur 27 de large, était aplati, grisâtre, comme infiltré à l'intérieur; le droit avait une forme arrondie, 27 millimètres de diamètre, et il offrait, intérieurement, une petite cavité remplie de sang.

Cette observation est remarquable, comme plusieurs de celles que j'ai exposées jusqu'ici, par la bénignité de certains symptômes, l'absence de plusieurs autres, la profondeur et la variété des lésions. Il n'y eut, en effet, ni nausées ni douleurs à l'épigastre; et si le ramollissement pultacé, avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, ne peut pas être considéré comme le résultat d'une inflammation; au degré où il était, chez un individu mort en hiver, et ouvert vingt heures après la mort, on ne saurait non plus l'attribuer uniquement à la décomposition cadavérique commençante. La diarrhée fut peu considérable, et cependant la membrane muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin était profondément altérée.

Les symptômes cérébraux, bien que fort graves, avaient aussi une certaine apparence de bénignité. Il y eut, pendant la nuit, bien rarement le jour, un peu de délire ; l'assoupissement eut lieu, sans interruption, pendant tout le cours de la maladie ; mais dès qu'on en avait tiré la malade par quelque question, elle répondait avec justesse ; le mouvement fébrile n'était pas non plus très considérable ; en sorte qu'un examen attentif de la maladie semblait devoir conduire moins à un pronostic facheux qu'à un pronostic favorable. La longue durée de l'assoupissement n'était pas une raison de désespérer du sujet, puisqu'on le voit persister de quinze à vingt jours chez des individus qui guérissent.

L'état de la sensibilité de la malade, six jours avant la mort, est d'ailleurs fort digne de remarque. Alors effectivement, elle paraissait aussi sensible à l'action des vésicatoires qu'une personne de la sensibilité la plus vive, et elle repoussait l'application de nouveaux épispastiques, par la raison qu'elle n'était pas malade ! On pourrait concilier ces deux choses, en apparence contradictoires, si l'on pouvait supposer que cette femme ne se disait bien que pour éviter la douleur des vésicatoires. Mais cette supposition ne peut être faite, puisque, plus tard, on sut que la malade ne se croyait réellement pas en danger, à cette époque. En sorte qu'il faut reconnaître ici tout à la fois, une sensibilité aussi extrême de la peau, qu'obtuse des organes profondément placés ; ce qui d'ailleurs n'est pas très rare. La justesse des perceptions de la malade une heure et demie avant la mort, quand déjà elle ne pouvait plus relever complétement ses paupières ni mouvoir ses bras, est plus remarquable, et rapproche ce fait d'un autre cité plus haut, également relatif à une femme qui paraissait insensible au pincement des bras, la veille de sa mort, et ne les y laissait exposés

que parce qu'elle ne pouvait leur faire exécuter le plus petit mouvement (obs. 8).

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Chez trente-neuf des cinquante-six sujets dont l'affection fut *grave*, le délire eut lieu, offrit de grandes variétés sous le rapport du début, de la durée, du degré ; et il fut généralement moins intense que chez les malades qui succombèrent.

Relativement au début, deux sujets âgés de quinze à seize ans en furent atteints dès le premier jour ; mais il était peu considérable chez l'un et chez l'autre, avait presque uniquement lieu durant la nuit, de manière qu'il n'offrait, pour ainsi dire, que l'exagération de cet état de malaise qu'éprouvent la plupart des malades atteints d'affection typhoïde pendant le sommeil, et qui leur fait souvent faire beaucoup d'efforts pour se tenir éveillés. Le délire débuta du quatrième au dixième jour de la maladie chez neuf sujets, du onzième au vingtième chez douze, du vingtième au trentième chez les autres.

D'une assez longue durée dans quelques cas, il était généralement fort court. Ainsi, sept malades ne l'eurent que pendant vingt-quatre heures, du sixième au vingtième jour de la maladie, sans que d'ailleurs la somnolence en fût moins considérable : trois l'éprouvèrent pendant quinze et vingt-quatre jours, à un degré remarquable et d'une manière presque continue. Sa durée moyenne fut de six jours et demi chez les autres.

Ordinairement calme, de manière à ne se déceler que par des propos incohérents et souvent inintelligibles, ou par des réponses peu appropriées aux questions, le délire fut très agité, violent chez cinq sujets, qui poussaient des cris continuels,

pendant la nuit surtout, et qu'on fut obligé de maintenir dans leur lit avec le gilet de force. Il y eut encore de l'agitation chez quelques autres, mais à un beaucoup moindre degré, de manière qu'ils étaient suffisamment assujettis, au moyen d'un drap passé transversalement sur leur corps et attaché de chaque côté du lit.

Dans la période d'accroissement, ou dans l'état de l'affection, quand le mouvement fébrile était encore plus ou moins considérable, le délire ne portait sur aucun objet déterminé, consistait seulement dans l'impossibilité où était le malade de faire un usage régulier de son intelligence. Mais au-delà de cette époque, quand la fièvre avait beaucoup diminué, ou même au commencement de la convalescence, j'ai vu deux fois le délire porter sur des objets fixes. Un malade qui se trouvait dans ce dernier cas, prétendit, cinq jours de suite, avoir été depuis son admission à l'hôpital, dans son village, d'où il avait rapporté des louveteaux qu'il voulait vendre. Il ne pouvait dire comment il avait voyagé; mais quelque objection que je lui fisse, il resta pendant cinq jours dans la même illusion, que d'ailleurs il soutenait avec beaucoup de calme; et ce ne fut qu'après cette époque, en revenant du jardin de l'hôpital, qu'il reconnut son erreur. — L'autre cas est relatif à une jeune fille beaucoup moins avancée dans la convalescence, d'une grande sensibilité, qui avait eu beaucoup de chagrins avant le début de sa maladie. Elle soutint, deux jours de suite, que sa sœur, qui habitait Saint-Germain, était morte; qu'elle l'y avait vue trois jours auparavant; et elle le soutenait avec l'accent de la plus profonde conviction, s'occupant de ses petites nièces, de leur deuil, et me suppliant, d'un air profondément affligé, d'écrire à une de ses parentes à ce sujet. Ce délire eut encore cela de remarquable, qu'il

fut remplacé par un délire varié qui disparut après le même espace de temps.

D'ailleurs, ce symptôme cessait, non tout-à-coup, mais par degrés; l'exercice *complet* des facultés intellectuelles ne se rétablissait qu'un peu plus tard : et, ce qui me paraît véritablement digne de remarque, c'est qu'à l'exception d'un des malades dont il vient d'être question, aucun de ceux que j'ai observés n'eut le moindre dérangement des facultés intellectuelles, après la cessation de la fièvre. Ce fait serait inconcevable, il me semble, si le délire dépendait, dans le cours de l'affection typhoïde, d'une lésion grave du cerveau, comme le serait une inflammation de toute sa masse ou d'une de ses parties; une pareille lésion devant avoir, au moins dans plusieurs cas, des suites, dont l'existence se serait révélée par quelque altération de l'intelligence ou du mouvement. — Ainsi l'étude des symptômes confirme ce que j'avais cru pouvoir conclure de la simple considération de l'état du cerveau après la mort, et tous les faits semblent prouver que le délire de l'affection typhoïde ne peut être expliqué par une lésion *appréciable* du cerveau.

Sur plus de trois cents malades atteints d'affection typhoïde, que j'ai observés depuis la publication de mes recherches, je n'en ai vu qu'un dont l'intelligence ait offert un certain degré d'altération pendant la convalescence d'une affection typhoïde grave. C'était un sujet de peu de capacité, qui resta, pendant les six semaines que dura sa convalescence, dans une sorte d'idiotisme, dont il ne sortit que lentement, complétement toutefois. De manière qu'aucune proposition ne doit paraître mieux établie que celle qui précède.

Chez les sujets dont la maladie fut *légère*, le délire fut rare.

Trois seulement, sur trente-un, en furent atteints, à un certain degré ; l'un deux pendant vingt-quatre heures, un autre pendant deux jours, le troisième pendant sept. Le délire eut lieu au déclin de la fièvre chez ce dernier, du vingt-huitième au trente-cinquième jour de l'affection, quand la diarrhée était encore assez considérable, et il était fixe. Le malade se croyait loin de Paris et près de son pays, sans pouvoir indiquer avec précision le lieu où il se trouvait. Il perdit à peu près complétement la mémoire, et ne put retenir le nom de l'hôpital, pendant ces sept jours.

Suivant MM. Taupin et Rilliet le délire débute bien rarement, dans l'*enfance*, avec les premiers accidents ; il apparaît ordinairement du septième au treizième jour de l'affection, et sur cent dix-huit enfants observés par M. Taupin, cinquante-trois eurent seulement un peu d'agitation, sans délire ; quarante-quatre poussaient des cris, et quinze, si l'on avait oublié de les maintenir dans leur lit avec la camisole de force, se levaient au milieu de la nuit, couraient jouer ou se coucher avec leurs camarades endormis, ou erraient sans but, ou marchaient à grands pas dans les salles, et résistaient à des personnes robustes ; incapables, après l'exacerbation, de boire seuls ou de se tenir assis dans leur lit, et ne se rappelant pas, le lendemain, ce qu'ils avaient fait pendant la nuit. Neuf sujets eurent des rêvasseries continuelles.

La durée du délire fut très variable dans les cas observés par M. Rilliet, qui ne l'a pas rencontré au-delà du quinzième jour de l'affection, si ce n'est dans deux cas où il fut constaté aux vingt-troisième et vingt-cinquième jour. Le dernier était relatif à un enfant de huit ans, qui avait été traité par les émissions sanguines, et dont le délire ne disparut

qu'à l'époque à laquelle on commença à lui donner des aliments. Le même médecin n'a observé le délire que dans le tiers des cas, souvent précédé d'agitation et de rêvasseries pendant la nuit, souvent remplacé par de la somnolence : de manière qu'il est vrai de dire qu'avant comme après quinze ans, le délire n'a pas lieu, à beaucoup près, chez tous les individus atteints d'affection typhoïde, qu'il varie beaucoup relativement à l'époque de son apparition, relativement à sa cause et à son degré.

3° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

De trente *péripneumoniques* sur lesquels j'ai pu prendre des renseignements exacts, relativement au symptôme qui nous occupe, huit, ou environ la quatrième partie, eurent un délire plus ou moins fort, à une époque et dans un espace de temps variables. Chez un sujet dont l'affection dura sept jours, il débuta en même temps qu'elle, continua sans interruption jusqu'à la mort, fut tranquille pendant les cinq premiers jours, puis bruyant et furieux, au point qu'on fut obligé d'en venir au gilet de force. Chez cinq malades qui moururent du onzième au vingt-cinquième jour, il commença de quatre à sept jours avant le terme fatal, et ne finit qu'avec la vie. Deux d'entre eux l'eurent à un remarquable degré, furent maintenus dans leur lit avec le gilet de force ; et celui dont l'affection et le délire durèrent sept jours, disait à M. Chomel, qu'il connaissait depuis l'enfance, qu'il voudrait bien le voir ; et M. Chomel lui observant qu'il lui parlait à lui même, il lui répondait avec vivacité qu'il le connaissait trop bien pour qu'on pût lui en imposer ! Le délire eut lieu chez le septième sujet pendant un jour, au quatrième de l'affection : et du vingt-septième au trentième

chez le dernier, qui succomba à la fin du deuxième mois de la maladie. Chez l'un et chez l'autre il fut caractérisé par un babil insupportable pendant la nuit. — La somnolence ne vint pas à sa suite, ce qui le distinguait de celui qui a lieu dans le cours de l'affection typhoïde.

Ici comme dans cette dernière maladie, je crois impossible, dans l'état actuel de la science, de trouver la cause du délire dans une altération appréciable du cerveau. Car cinq des huit sujets qui nous occupent avaient le cerveau parfaitement sain; il était injecté plus ou moins vivement chez les autres, et la substance corticale ne fut rose que dans un cas : tandis que cette coloration eut lieu chez six individus qui n'avaient point éprouvé de délire, ou n'en avaient eu que dans les vingt-quatre ou trente-six dernières heures de l'existence. Il est même à remarquer que le cerveau était, sous tous les rapports, dans l'état naturel, chez les deux sujets dont le délire dura, sans interruption, pendant sept jours.

On ne peut pas non plus attribuer le délire à une influence sympathique exercée sur le cerveau par une altération secondaire, comme celle de la membrane muqueuse de l'estomac, qui était saine dans trois des cas dont il s'agit; ni à une lésion analogue de celle de l'un ou de l'autre intestin, par la même raison. Ici, comme dans l'affection typhoïde, il faut en venir à l'organe, toujours, et quelquefois uniquement ou presque uniquement affecté, aux poumons, dont la phlogose donnait lieu à tant de désordres secondaires.

Mais cette action des poumons et des plaques elliptiques de l'intestin grêle, faut-il la considérer comme l'effet d'une sympathie inappréciable dans ses moyens, ou comme la suite du mouvement fébrile, dont l'inflamma-

tion de ces organes était la source ? Cette dernière supposition me semble la seule vraisemblable, vu, comme nous allons bientôt en avoir la preuve, que le délire était proportionnée à la fièvre, dans la somme des cas où il a eu lieu : et que dans la première supposition, il faudrait admettre que l'action sympathique des organes les plus différents par leur structure et par leurs fonctions, est la même ; ce qui me paraît impossible.

On me comprendrait mal, toutefois, si l'on imaginait, relativement à l'objet qui nous occupe, que je n'admets d'autre influence que celle du mouvement fébrile ; puisque, tout à l'heure encore, j'observais que le délire ou ses suites n'étaient pas entièrement les mêmes chez les individus emportés par l'affection typhoïde et chez ceux qui avaient succombé à la péripneumonie. Ce que je veux dire, et ce qui me semble évident, c'est que l'influence sympathique des organes est secondaire, et que celle de de la fièvre est la principale.

Ici d'ailleurs se présente une remarque importante, déjà indiquée, sur laquelle je crois néanmoins utile de revenir : c'est qu'il ne faut pas conclure du défaut de rapport entre les symptômes cérébraux et l'état anatomique de l'encéphale, que le cerveau n'a aucune influence sur l'issue de la maladie; car cette influence doit exister, et être considérable, puisqu'à l'apparition des symptômes cérébraux, les autres, ou cessent, ou s'amoindrissent, ou sont arrêtés dans leur développement. Qu'importe d'ailleurs, relativement aux effets, la cause du trouble de nos fonctions, quand ce trouble est considérable ? La dyspnée, si elle est extrême, peut amener la mort, quelle qu'en soit la cause, qu'on puisse ou non s'en rendre compte par l'état des organes; et il en est de même de la syncope. Il faut donc, dans

les cas où les altérations appréciables de nos organes ne rendent pas raison de la mort des malades, tenir compte, à cet effet, de l'état des fonctions, et surtout des fonctions cérébrales.

Chez les sujets morts d'*autres maladies aiguës*, dont le cerveau n'était pas le siége, six sur vingt (à peu près la même proportion que dans la péripneumonie), eurent un délire plus ou moins grave. Ce délire eut lieu au septième jour d'une péritonite mortelle au onzième, et il fut remplacé par un peu de somnolence. Je l'observai encore du cinquième au huitième jour d'une scarlatine dont la terminaison funeste arriva le vingt-neuvième seulement; au vingt-cinquième jour d'une métrite mortelle au trentième, pendant vingt-quatre heures; et, dans deux cas d'érysipèle phlegmoneux des membres inférieurs; à compter du cinquième jour, chez un des sujets qui mourut au onzième, et, dans une bonne partie du cours de la maladie, chez l'autre, qui ne succomba qu'au cinquantième.

Le cerveau était parfaitement sain dans ces deux derniers cas, les plus remarquables de ceux qui nous occupent; un peu mou, pâle et médiocrement injecté chez le sujet qui succomba à la péritonite; ferme et très sablé de sang chez celui qui mourut de variole. Ses lobes postérieurs étaient ramollis chez celui qui fut emporté par la scarlatine. En sorte que dans ces cas, comme dans ceux de péripneumonie, l'état du cerveau n'offrit rien de fixe; et comme il en fut de même des membranes muqueuses de l'estomac et de l'intestin grêle, les précédentes réflexions s'appliquent exactement aux sujets dont il s'agit.

4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës, qui ont guéri.

Dix *péripneumoniques*, sur cinquante-six, eurent du délire ; trois pendant vingt-quatre heures seulement, les autres pendant un espace de temps qui a varié de deux à six jours, quelquefois séparés par un intervalle de deux à trois. Il fut continu, ou à très peu de chose près, dans les cas où il dura cinq à six jours. — Il eut lieu, dès le début de l'affection, chez un sujet, le deuxième jour chez deux autres, du cinquième au quinzième chez le reste des malades. Et l'agitation fut assez considérable, chez trois d'entre eux, pour qu'on dût recourir au gilet de force.

S'il y eut de la diarrhée ou quelques symptômes gastriques dans quelques-uns de ces cas, il n'y en eut pas dans le plus grand nombre; de manière que les réflexions précédentes se trouvent encore justifiées par ces nouveaux faits.

Le délire eut lieu chez quatre des douze *varioleux* que j'ai observés; c'est-à-dire dans une proportion beaucoup plus considérable que chez les péripneumoniques, mais aussi pour un espace de temps beaucoup moindre : chez deux malades pendant la nuit seulement, les septième et huitième jours de l'affection; chez les autres pendant vingt-quatre heures, du quatrième au quinzième jour de la maladie.

J'observai encore le délire chez trois des dix-huit sujets atteints de *scarlatine*, dont j'ai recueilli l'histoire; aux cinquième, sixième et septième jour de l'affection; pendant un jour dans un cas, pendant deux ou trois dans les autres : et il fut violent chez le dernier malade qu'on fut obligé de

maintenir avec le gilet de force. — Aucun symptôme gastrique ne coïncidait avec le délire dans ces trois cas.

Il y eut de l'agitation et quelques rêvasseries chez deux des quatorze sujets atteints de *rougeole*. Aucun n'eut de délire.

En sorte que dans ces trois espèces d'affections, qui offrent entre elles plus d'un point de contact, le délire fut assez exactement proportionné au degré de la fièvre.

Des trente-huit malades qui furent atteints d'un *érysipèle à la face*, huit, ou la cinquième partie, eurent du délire. L'affection s'étendit au cuir chevelu chez six d'entre eux, et dans six autres cas où les facultés intellectuelles conservèrent toute leur intégrité. Sans nier l'influence du voisinage de la maladie sur le trouble des fonctions cérébrales, il est évident, par ce dernier fait et par ceux qui ont été rapportés jusqu'ici, qu'il avait encore une autre cause qui n'était sans doute pas la moins puissante, et qui ne peut pas différer de celle qui a été signalée. — D'ailleurs, ici, comme dans le cours des autres maladies aiguës, le délire parut à des époques variées; le premier jour de l'affection dans deux cas, du quatrième au sixième dans les autres. — Il cessa après vingt-quatre heures de durée et même moins, chez trois sujets; il persista de trois à quatre jours chez les autres, et au-delà chez l'un d'eux.

Huit malades, sur trente-neuf de ceux qui furent atteints d'*angine gutturale*, éprouvèrent beaucoup d'agitation pendant une ou plusieurs nuits; et l'un d'eux eut un véritable délire au huitième jour de l'affection; mais pendant la nuit seulement. — Cette rareté du délire chez les malades dont il s'agit, dépose en faveur de ce qui a été dit relativement à l'une de ses causes, la plus vraisemblable et la plus efficace, dans le cours des maladies aiguës: le mouvement fébrile

étant rarement considérable et de quelque durée, dans l'angine.

Aucun des malades (vingt) chez lesquels j'observai le *zona*, l'*erythema marginatum*, ou l'*urticaire*, n'eut de délire. Mais plusieurs de ces derniers éprouvèrent beaucoup d'agitation ; symptôme qui est bien souvent l'avant-coureur du délire, et qui suppose généralement une cause moins puissante que celle qui amène ce dernier.

Il en fut de même pour les individus atteints de *rhumatisme* et de *catarrhe pulmonaire* (cent vingt-neuf), dont quelques-uns éprouvèrent beaucoup d'agitation et d'anxiété, sans trouble manifeste des facultés intellectuelles.

Des quatre-vingt-quatre malades affectés d'*entérite* proprement dite, deux eurent un peu de délire pendant la nuit, avant leur admission à l'hôpital. L'exercice des facultés intellectuelles se ralentit chez quelques autres. Mais cette lenteur, toujours proportionnée à l'affaiblissement causé par l'abondance des évacuations alvines, qu'on observe dans tous les cas de débilité, quelle qu'en soit la cause, comme dans une simple courbature, par exemple, cette lenteur mériterait à peine d'être mentionnée, si je ne m'étais fait un devoir rigoureux de citer tous les faits et surtout ceux qui concernent l'entérite, qu'on a confondue dans ces derniers temps avec ce qu'on appelle les fièvres graves ; bien, comme nous le verrons en traitant du diagnostic, qu'il ne soit guère possible de citer deux affections réellement plus distinctes. Toutefois, cette absence presque complète du délire, chez un si grand nombre de sujets, dont beaucoup eurent des évacuations alvines excessives, n'a plus rien d'étonnant, si l'on se rappelle les faits qui précèdent ; puisque le mouvement fébrile fut aussi peu marqué dans l'entérite, qu'il est con-

sidérable dans la plupart des maladies aiguës dans lesquelles le délire est plus ou moins fréquent.

Huit des soixante-treize sujets atteints de la *colique des peintres* eurent beaucoup d'anxiété, ou une extrême agitation pendant la nuit; quatre, un délire violent qui dura de six à dix-huit jours, et débuta le quatrième de l'affection, chez deux malades. Un mouvement fébrile assez remarquable eut lieu chez l'un des quatre sujets qui eurent du délire; il fut beaucoup moins prononcé chez les autres. Et si l'on peut rattacher le délire à la fièvre, chez le premier, cela n'est guère possible chez les derniers; en sorte que ces faits semblent, au premier abord, en contradiction avec ce que j'ai dit jusqu'ici. Mais cette contradiction est plus apparente que réelle, vu qu'il n'y a sans doute qu'une bien faible distance entre l'extrême anxiété due à la douleur, et le délire; et que, d'ailleurs, il existe ici une cause spécifique, qui agit souvent et incontestablement sur le cerveau, et dont il faut, de toute nécessité, tenir compte (1).

Il résulte des faits consignés dans ce paragraphe, que le délire, comme les autres symptômes secondaires qui se sont développés dans le cours de l'affection typhoïde, ou dans celui des autres maladies aiguës soumises à mon observation, a débuté bien rarement le premier jour de l'affection, ordinairement du septième au dixième; que l'état du cerveau ne peut, dans l'état actuel de la science, en rendre compte chez les sujets qui ont succombé; qu'il est également impossible de l'attribuer à des lésions secondaires, à celles de la muqueuse gastro-intestinale, par exemple, qui lui étaient évidemment postérieures dans plus d'un

(1) *Mémoires ou Recherches sur plusieurs maladies. Mémoire sur les morts subites*, p. 488.

cas; que sa fréquence, sa violence et sa durée ont été en rapport avec le mouvement fébrile, quelque fût l'organe primitivement affecté; que c'est à ce mouvement fébrile observé dans le cours d'une affection aiguë, ordinairement inflammatoire, plutôt qu'à une action sympathique de l'organe malade, encore que cette action n'y soit certainement pas étrangère, qu'il convient de l'attribuer; puisque c'est la seule circonstance commune aux sujets dont il s'agit, et qu'on ne peut recourir à des causes différentes pour l'intelligence d'un phénomène plus ou moins exactement toujours le même.

Encore une réflexion qui trouve naturellement sa place ici. Si le trouble le plus profond des facultés cérébrales a lieu dans un grand nombre de cas, sans que le cerveau présente de lésion appréciable, il doit en être de même de beaucoup d'autres fonctions et d'autres organes; et loin de s'étonner que la membrane muqueuse de l'estomac soit assez souvent saine chez des sujets qui ont éprouvé des symptômes gastriques, on ne doit voir dans ce fait que la confirmation d'une loi générale, que l'analogie aurait pu faire *conjecturer* avant d'en avoir la preuve matérielle. Je ne dis pas *admettre*, car l'analogie n'est pas un moyen de prouver; elle peut mettre sur la voie de la vérité, elle ne peut rien au-delà.

§ 4.

Des spasmes.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Ce symptôme se présentait sous deux formes principales: la raideur et une alternative de contraction et de relâchement des muscles. Je l'ai observé dans seize cas, ou chez

la troisième partie des sujets; le plus ordinairement un assez grand nombre de jours avant le terme fatal, quatre fois seulement la veille ou l'avant-veille de la mort; chez deux des dix-sept malades emportés du huitième au vingtième jour de la maladie, chez la moitié de ceux qui sont morts plus tard.

Ces spasmes avaient leur siége dans les muscles des membres supérieurs, du cou, des lèvres, des autres parties de la face et dans le diaphragme, de la manière suivante.

Les membres supérieurs furent dans un état de contraction permanente chez quatre sujets, pendant un, trois, cinq et quinze jours avant le terme fatal; au moins les trouvai-je dans cet état tous les jours, au moment où j'observais les malades (obs. 5, 14, 39, 46) : et à cette raideur se joignait celle du cou chez l'un d'eux (obs. 46). Au lieu d'une contraction permanente, c'était des mouvements spasmodiques des bras chez trois sujets, soit au milieu de l'affection, trois jours de suite (obs. 34, 35); soit les deux derniers jours de l'existence (obs. 23). Chez quatre malades, j'observai de simples soubresauts des tendons, pendant un intervalle de temps qui a varié de deux à cinq jours, au milieu de la maladie, ou un peu au-delà (obs. 3, 4, 17, 29). — Des spasmes eurent lieu dans les muscles des lèvres et des autres parties de la face, chez trois sujets; peu de temps avant la mort, chez l'un d'eux (obs. 7); cinq ou six jours seulement après le début, et pendant un espace de temps assez considérable, chez les autres (obs. 28, 36). — Deux malades eurent le hoquet plusieurs jours avant le terme fatal; et les muscles du cou étaient, en outre, spasmodiquement contractés chez l'un d'eux (obs. 15, 30).

Le cerveau n'offrait d'ailleurs aucune différence appréciable chez les sujets qui eurent des spasmes et chez ceux

qui n'en eurent pas ; ce qui n'a rien d'étonnant après ce que nous avons vu d'analogue relativement au délire.

Les deux observations suivantes, qui réunissent plus d'un genre d'intérêt, nous fourniront l'exemple des principaux aspects sous lesquels se présente le symptôme dont il s'agit.

XXXVe OBSERVATION.

Coliques, diminution de l'appétit, sensibilité au froid, frissons, chaleur, anorexie complète au septième jour, et bientôt selles nombreuses, météorisme, assoupissement, délire, mouvements spasmodiques; dans les derniers jours, érysipèle, phlegmoneux, eschare au sacrum; mort au *trentième jour*. — Substance médullaire du cerveau très injectée, la corticale rose ; plaques elliptiques de l'iléum, rouges, ulcérées ou non ulcérées ; glandes mésentériques correspondantes, rouges, ou bleuâtres, volumineuses et très ramollies, etc., etc.

Un maçon, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution médiocrement forte, à Paris depuis cinq semaines, ayant eu presque constamment de la diarrhée depuis cette époque, accusait huit jours de maladie, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le premier mai 1824 ; ayant eu néanmoins, dans la semaine qui avait précédé, des maux de tête et des coliques par intervalles, beaucoup de sensibilité au froid, un appétit très inégal et ordinairement déprimé. Au début : frissons, bientôt suivis de chaleur, anorexie complète, constipation ; la chaleur et l'anorexie persistèrent, les frissons ne se renouvelèrent pas, et, au cinquième jour, la constipation fit place à la diarrhée. D'ailleurs, ni nausées, ni douleurs de ventre, ni soif.

Le 1er mai : figure jaunâtre, physionomie sévère et maussade, céphalalgie, hésitation dans l'exercice de la parole, comme depuis quatre jours; mouvements spasmodiques

des membres supérieurs très fréquents; le malade ignore où il est, dit n'avoir pas toujours eu sa tête, et, après quelques paroles raisonnables, répond à autre chose qu'à ce qu'on lui demande : la langue est humide, rouge au pourtour, blanchâtre au centre; la soif nulle; de légères douleurs ont lieu au-dessus du nombril; il existe du météorisme, des selles nombreuses, involontaires depuis deux jours : la chaleur est médiocre, le pouls à quatre-vingts, sans caractère particulier ; la respiration peu accélérée ; on entend un râle sec et sonore, universel, nombreux. (*Orge éd.* ; *lav. lin* bis. ; *bain.*)

Le sujet fut très calme au bain, où il resta une heure ; mais à midi l'agitation survint et obligea de recourir au gilet de force. Le 2 : paroles sans suite, rire sardonique, mouvements spasmodiques des bras aussi fréquents que la veille, pouls faible, à quatre-vingt-cinq ; le malade refuse ses tisanes et demande du vin ; le météorisme et les selles involontaires continuent. (*Bain ; 2 kilogr. de gl. sur la tête, dans le bain* ; *sinap.*)

Le délire persista, il y eut de l'agitation le jour et de l'assoupissement durant la nuit. Le 3 : somnolence, affaissement des traits, mouvements spasmodiques universels, hypogastre très sensible à la pression, persistance du météorisme et des autres symptômes. (*Orge éd. ; infus. kk. id. ; pot. av. vin et sirop de kk.* 60 *grammes, et extrait de kk.* 4 *grammes ; foment. arom.* ; *sinap.*)

L'assoupissement fut continuel, le malade ne prit que la moitié de sa potion, et fut débarrassé de bonne heure du gilet de force. Le 4 : stupeur extrême, mouvements spasmodiques des lèvres; ceux des membres superieurs sont moins prononcés que la veille; les paupières sont presque constamment fermées, la langue est imparfaitement tirée,

comme rôtie; les lèvres sont encroûtées, le pouls peu accéléré. (Id., *et en outre un gramme de musc dans la potion.*)

Le 5 : dernier degré de stupeur, assoupissement difficile à vaincre, mouvements spasmodiques nuls, météorisme peu considérable, plusieurs selles involontaires, pouls à quatre-vingts; toux rare, un peu de râle muqueux sur les côtés de la poitrine. (*Même potion avec extrait de kk.*)

Du 5 au 10, la stupeur et l'assoupissement continuèrent; il y eut un peu de délire, de l'agitation pendant la nuit, et quelques mouvements spasmodiques; la langue fut parfois un peu humide et rouge antérieurement, les selles toujours involontaires, plus ou moins fréquentes, et les matières fécales ordinairement mêlées de quelques vers. Le 8, le ventre était plat, le pouls régulier, à cent quatre. Il n'y eut pas de taches lenticulaires à la poitrine ou à l'abdomen. — La potion tonique fut discontinuée du 8 au 10.

Le 10 : même stupeur, mouvements spasmodiques des bras plus marqués, presque continuels; contractions spasmodiques des grands pectoraux très sensibles; selles un peu moins nombreuses, eschare au sacrum. (*Pot. gom. av. sulf. de k. et musc. aa. 2 grammes; lav. foment. arom. kk. camph.*)

Il y eut dans la journée des alternatives d'assoupissement et de délire, et depuis lors jusqu'au 17, jour de la mort, voici ce que j'observai. L'assoupissement persista, quelquefois interrompu par le délire; le 15, on entendit le malade s'écrier : Ah! mon Dieu! Le 16, c'était des grognements continuels. Il y eut de fréquents mouvements spasmodiques dans les épaules, du 12 au 16; l'eschare au sacrum était tombée le 15. — Le 14, un érysipèle œdémateux se manifesta à l'avant-bras droit, et ne parut pas faire beaucoup de progrès les jours suivants. — Les selles furent

rares du 10 au 12, moulées le 13, peu fréquentes et involontaires dans la suite. Le ventre souple et indolent, non météorisé, le 13, l'était à un degré remarquable le 17. — La chaleur fut toujours élevée.

On supprima la potion tonique le 12, et trois jours de suite on ordonna un bain, pendant lequel on appliquait de la glace sur la tête du malade, qui mourut peu après la visite du 17.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement médiocre, point de vergetures antérieurement ou sur les côtés du corps.— Avant-bras droit volumineux et rouge, comme pendant la vie, dans ses deux tiers supérieurs; endurcissement et épaississement de la peau, dans la même étendue; et, au-dessous, matière puriforme nuancée de rose, d'une bonne consistance, traversée par un plus ou moins grand nombre de filaments de tissu cellulaire. Même matière entre les couches superficielle et profonde des muscles correspondants, qui n'offraient, d'ailleurs, pour toute altération, que quelques ecchymoses à leur périphérie.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable. Substance corticale d'un rose tendre; la médullaire très sablée de sang, avec un léger coup d'œil lilas : l'une et l'autre d'une bonne consistance. Environ une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Cervelet dans l'état naturel (1).

Cou. Le pharynx, l'épiglotte et le larynx n'offraient rien de remarquable, et la trachée-artère était seulement un peu rouge.

(1) Ce sujet ayant été abandonné aux dissections pour les muscles du dos, je n'ai pu ouvrir le rachis.

Poitrine. Il y avait deux cuillerées de sérosité dans le péricarde ; le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains. — Le poumon gauche, libre, mou, et généralement rose, offrait de larges plaques d'un rouge noirâtre, plus ou moins épaisses, dures, sans air, à sa partie postérieure ; les unes grenues, les autres non. Celles-ci, comme splénisées, donnaient, par expression, une médiocre quantité de sang noirâtre, sans air. Le poumon droit présentait quelques adhérences, était plus lourd que le gauche, dans sa partie inférieure où se trouvaient des plaques noirâtres plus grandes et plus épaisses que dans ce dernier. Il était engoué dans le reste de son étendue. — Les bronches étaient minces et rouges et contenaient un peu de mucus de même couleur.

Abdomen. L'œsophage était sain, coloré en rose inférieurement. — L'estomac avait un médiocre volume, contenait une petite quantité de bile. Sa membrane muqueuse était d'un jaune-clair dans le grand cul-de-sac, grisâtre ailleurs le long de la grande courbure surtout ; tapissée, dans toute son étendue, le grand cul-de-sac excepté, par une couchee paisse d'un mucus visqueux, difficile à en détacher après deux heures de macération : elle avait une épaisseur convenable, et un peu plus de consistance que d'ordinaire, dans le grand cul-de-sac où elle fournissait, par traction, des lambeaux de 10 millimètres, comme le long de la grande courbure. — L'intestin grêle contenait une grande quantité de bile mêlée de mucus. Sa membrane interne était généralement grisâtre, mince, d'une bonne consistance ; toutes les plaques elliptiques de l'ileum étaient plus ou moins rouges et saillantes, et leur rougeur et leur saillie augmentaient à mesure qu'on s'approchait du cœcum, près duquel cinq d'entre elles étaient ulcérées. Elles formaient, dans les 13

derniers décimètres, une saillie de plus de 2 millimètres, principalement due à la muqueuse qui concourait à leur formation, laquelle avait plus d'un millimètre d'épaisseur, était ramollie, de manière à ne pouvoir être enlevée par traction. Au-delà, en approchant du jéjunum, l'épaississement et le ramollissement étaient moindres. Le tissu cellulaire correspondant avait une épaisseur et une coloration proportionnées à celles de la muqueuse; il était à découvert ou en partie détruit sur les plaques ulcérées. — Le gros intestin était doublé de volume dans la première moitié de sa longueur, où se trouvait une assez grande quantité de matière jaunâtre, pultacée. Sa membrane muqueuse était ramollie, un peu épaissie et rougeâtre dans le cœcum et dans le colon droit; puis successivement moins épaisse, moins molle et d'une couleur naturelle. Elle offrait, dans sa portion la plus ramollie, vingt ulcérations de 15 à 30 millimètres de surface, et presque autant de tumeurs aplaties, moins larges encore, principalement dues à l'épaississement du tissu cellulaire, rouge, homogène, et ferme dans ce point. Trois de ces tumeurs étaient légèrement ulcérées. — Les glandes du mésentère correspondantes à l'iléum, et celles de mésocolon, étaient d'un rouge peu foncé, ou grisâtres et bleuâtres, volumineuses et très ramollies. Les mésentériques avaient la grosseur d'une noisette ou d'une aveline. — Le foie était sain, la bile de la vésicule roussâtre et verdâtre, très liquide. — La rate et les autres viscères de l'abdomen étaient dans l'état naturel.

Bien que la diarrhée ait été considérable, cependant les symptômes cérébraux, le délire, l'assoupissement, les mouvements spasmodiques des membres, étaient dominants, et ils donnent à l'affection du sujet quelque chose de la

forme des fièvres dites *ataxiques*. Après avoir eu, pendant huit jours, des malaises, de la sensibilité au froid, et moins d'appétit qu'à l'ordinaire, sans se croire malade, le sujet éprouve un frisson violent, des maux de tête, de la constipation; l'anorexie est complète, et bientôt la diarrhée survient; au quinzième jour, ou au milieu du cours de l'affection, les facultés intellectuelles sont plus ou moins profondément altérées, il y a de la somnolence, des mouvements spasmodiques presque continuels dans les membres: ces spasmes persistent au même degré plusieurs jours de suite, puis offrent quelques rémissions, deviennent considérables six jours avant la mort, atteignent les grands pectoraux, les muscles des lèvres et de la mâchoire inférieure; cette augmentation des spasmes paraît précéder de quelques jours le développement d'un érysipèle phlegmoneux: et, à l'ouverture du cadavre, on trouve la substance corticale du cerveau universellement rose, la médullaire très injectée, d'un blanc-lilas; les plaques elliptiques de l'iléum plus ou moins profondément altérées, la membrane muqueuse du colon très ramollie et ulcérée dans sa première moitié; une large ulcération au sacrum, et une assez grande quantité de pus dans le tissu cellulaire superficiel et profond du bras et de l'avant-bras du côté droit. C'est-à-dire que, malgré la forme ataxique de la maladie, sa marche fut la même que dans les cas les plus ordinaires, dans ceux où les symptômes cérébraux sont légers; les lésions les plus profondes, et en apparence les plus anciennes, ayant eu lieu dans l'iléum et près du cœcum. En sorte que la variété, le nombre et le degré des symptômes cérébraux peuvent, comme nous l'avons déjà vu, donner à l'affection une forme différente de la plus habituelle, sans que son caractère fondamental, l'altération des plaques de l'intestin grêle, cesse d'être le même.

D'ailleurs, on se demandera peut-être encore, malgré les faits rapportés plus haut, si les symptômes cérébraux ne seraient pas liés aux lésions appréciables du cerveau, à la teinte rose de la substance corticale, et à cette nuance lilas, extrêmement faible, de la substance médullaire, qui a été observée. Je ne puis répéter à ce sujet que ce que j'ai dit plus haut, que la couleur rose de la substance corticale a également lieu dans les cas où les malades ont éprouvé des symptômes cérébraux plus ou moins intenses, et dans ceux où les facultés de l'intelligence n'ont pas été troublées; chez les sujets qui ont succombé à l'affection typhoïde et chez ceux qui ont été emportés par d'autres maladies aiguës; qu'elle se développe très probablement dans les derniers jours de l'existence; qu'il est par conséquent impossible de lui rapporter les symptômes dont il s'agit. Quant à la couleur blanche un peu lilas de la substance médullaire, c'est le seul cas de cette espèce qui se soit offert à mon observation; et comment risquer l'interprétation d'un fait unique?

L'étendue, la profondeur, et surtout la rapidité de la marche de l'érysipèle, méritent d'être remarquées; cette marche rapide ayant lieu dans nombre d'affections qui se développent dans les derniers jours des maladies aiguës. La permanence de la couleur rouge de la peau doit aussi être signalée, comme un des faits nombreux qui prouvent que la rougeur réellement inflammatoire ne disparaît pas complétement, à beaucoup près, après la mort. — Enfin, je rappellerai à l'attention de ceux qui s'exagèrent l'effet des médicaments, et surtout des toniques, que la membrane muqueuse de l'estomac était presque dans l'état naturel, malgré les excitants et les toniques forts qui avaient été administrés.

XXXVIe OBSERVATION.

Douleurs dans les membres et dans les lombes pendant huit jours ; au huitième, céphalalgie, éblouissements, picotements aux yeux, bourdonnements, nausées, douleurs à l'épigastre et à l'ombilic ; puis soubresauts dans les tendons, mouvements spasmodiques dans les poignets, bientôt étendus aux muscles de la face, contraction permanente des bras, somnolence, délire, diarrhée, météorisme ; mort au *vingtième jour*. — Substance corticale du cerveau et du cervelet, des corps striés et des corps rhomboïdaux, d'un rose violet ; plaques elliptiques de l'iléum grisâtres et bleuâtres, ulcérées ou non ulcérées ; glandes mésentériques correspondantes de même couleur, avec quelques foyers de pus ; muqueuse gastrique ramollie et amincie, etc.

Un cordonnier, âgé de vingt-deux ans, d'une taille moyenne, de peu d'embonpoint, fut admis à l'hôpital de la Charité le 2 août 1824. Sujet aux maux de tête et au catarrhe pulmonaire depuis l'enfance, il avait eu, à l'âge de quinze ans, une jaunisse, et, à dix-sept, une péripneumonie. Il ne faisait d'excès en aucun genre, et était à Paris depuis un mois. Sa maladie avait été précédée, pendant huit jours, de douleurs dans les membres et dans les lombes, avait débuté, au milieu de la nuit, par une céphalalgie assez intense, des picotements aux yeux, des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements, la chaleur, la soif, des nausées, des douleurs à l'épigastre, à l'ombilic et dans d'autres parties du ventre. Ces symptômes avaient continué, il y avait eu des sueurs chaque nuit ; mais de frissons, aucun. — Quand le malade fut admis à l'hôpital, le quatrième jour de l'affection, on ne lui avait ordonné aucune espèce de médicament ; il s'était tenu à une diète sévère, avait pris du thé pour boisson.

Le 3, commencement du cinquième jour : figure un peu rouge et dépourvue d'expression, yeux larmoyants, rou-

geâtres et un peu douloureux ; somnolence par intervalles, réponses justes, parfois signes d'impatience, nulles douleurs dans les membres, soubresauts fréquents des tendons, mouvements spasmodiques très sensibles aux poignets ; langue rouge et humide à la pointe, blanchâtre et moins humide au delà ; soif assez vive, anorexie, point de nausées depuis deux jours ; douleurs à l'ombilic, moindres à l'épigastre, augmentées par la pression, une selle liquide (constipation jusque-là) : injection médiocre des téguments, chaleur élevée, pouls à quatre-vingt-quinze, sans largeur : respiration médiocrement accélérée. (*Saignée de 360 grammes; petit-lait; orge oxym.* bis.)

Le sang se prit en un caillot sans couenne et presque sans retrait ; il y eut quatre selles liquides dans la journée. Le lendemain 4 : stupeur légère, céphalalgie gravative, yeux larmoyants, mais sans douleurs ; mêmes mouvements spasmodiques du poignet que la veille ; langue sèche, lisse et sans rougeur ; sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite ; chaleur forte, pouls à cent, peau un peu violacée ; ni sudamina, ni taches roses lenticulaires.

Le 5 : nulle céphalalgie, figure béate, agitation presque continuelle de la tête, en arrière et en avant ; somnolence, abolition presque complète de la mémoire ; langue imparfaitement tirée, humide antérieurement, un peu rouge en arrière ; léger météorisme ; deux taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen ; chaleur forte, pouls un peu vacillant, à quatre-vingt-quinze.

Il y eut des selles involontaires dans la journée, et un délire non interrompu pendant la nuit ; le 6, ce délire persistait, les réponses du malade n'étaient pas en rapport avec les questions que je lui adressais, ses yeux étaient larmoyants, le gauche rouge, la tête agitée comme la veille, les

sourcils ordinairement froncés, les paupières souvent closes, l'hypogastre sensible à la pression. (*Petit-lait; limon.* ter.; *lav. émoll.; vésic. aux jamb.*).

Le délire continua, et le malade fut attaché toute la nuit. Le 7 au matin : cris presque continuels, intelligence nulle, mouvements spasmodiques des paupières et des lèvres, figure assez animée, œil gauche moins rouge que le 6; langue humide et un peu rose, ventre très météorisé, selles involontaires (quelques vers lombrics) : pouls peu accéléré, régulier. (*Huit sangs. à chaq. oreille; oxicrat froid sur la tête préalablement rasée.*)

Les cris redoublèrent quand on appliqua des compresses froides sur la tête, et le jour et la nuit le malade ne cessa de parler, de crier ou de chanter. Le 8 : même délire, contraction spasmodique des lèvres, langue sèche, ventre peu développé, selles fréquentes; pouls à quatre-vingt-dix, chaleur moyenne. (*Limon.* ter.; *lav. em.*; *sinap.*).

Jusqu'au lendemain, alternative d'assoupissement et de cris. Le 9 : somnolence difficile à vaincre, rougeur érysipélateuse au bas des jambes. (*Limon.*; *infus. de kk. acid.; pot. gom. av. ext. de kk.* 2 grammes.)

Du 10 au 20, jour de la mort, le délire fut presque continuel, souvent accompagné de cris et de vociférations; il y eut de l'assoupissement dans leur intervalle, et rarement un peu de calme, si ce n'est dans les bains qui furent journellement administrés du 11 au 17, pendant un espace de temps qui variait d'une à trois heures. Le malade parut même recouvrer l'usage de l'intelligence le 12, pendant qu'il était au bain, se plaignant que l'eau était froide. Ses cris ne diminuèrent que dans les derniers jours de la vie.— Ses bras offraient des mouvements spasmodiques très marqués le 11; et, du 18 au 20, ces mouvements, beaucoup plus

rares, interrompaient de loin en loin une raideur presque constante des mêmes parties, qu'on ne pouvait chercher à vaincre sans faire crier le malade. Le 12, il assurait avoir la sensation d'un froid universel, plus considérable aux pieds qu'ailleurs; ajoutant que c'était inconcevable dans une saison chaude. Le 15, il y avait, sous l'épiderme du coude-pied gauche, une matière purulente assez épaisse. L'œil gauche, qui n'était plus rouge le 12, le redevint le 14, et l'était encore le 17, comme celui du côté droit. — La langue, humide et naturelle le 10, fut sèche ensuite, la soif toujours vive, et le malade ne prenait que la moitié de son infusion amère. Il n'y eut ni nausées ni vomissements ; les selles furent toujours involontaires, médiocrement fréquentes, dépourvues de glaires et de sang ; l'abdomen plat, insensible à la plus forte pression, offrant beaucoup de taches roses, lenticulaires le 11, et de nombreux sudamina le 15. — La chaleur fut toujours considérable; elle était halitueuse le 15, et la figure couverte de grosses gouttes de sueur le 18. Le pouls, qui était à quatre-vingt-neuf le 11, fut à cent dix après le 13; et la toux, qui débuta avec le délire, fut légère. Le bruit respiratoire était naturel le 16.

Le malade mourut à cinq heures du soir, ayant eu, dans la matinée du même jour, les bras raides, demi-fléchis et inflexibles, la mâchoire inférieure et les épaules agitées de mouvements spasmodiques, le pouls tremblotant.

La limonade, l'infusion et la potion amère, furent continuées, et la dose d'extrait de quinquina augmentée successivement, de manière que le malade en prenait 12 grammes, avec 1 gramme d'éther, le 16. On prescrivit, en outre, des frictions avec 8 grammes d'onguent mercuriel, le 18.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement médiocre ; glandes inguinales volumineuses et d'un rouge violet, de chaque côté : muscles d'une couleur et d'une consistance convenables.

Tête. Quelques granulations nées de l'arachnoïde, dans la région occipitale, près de la faux, là ou les deux feuillets de la membrane adhéraient entre eux, dans la superficie de 600 millimètres environ. Nulle infiltration sous-arachnoïdienne; deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Pie-mère un peu plus ferme qu'à l'ordinaire; substance corticale d'un rose bleuâtre, bien prononcé; celle du cervelet, les corps striés et les corps rhomboïdaux, avaient la même couleur, sans être ramollis.

Cou. Pharynx, amygdales, épiglotte et larynx, dans l'état naturel; trachée-artère d'un rouge cramoisi; sa membrane muqueuse d'ailleurs saine.

Poitrine. Cœur pâle et un peu mou. Aorte rouge à sa naissance, n'offrant, au-delà, que quelques taches de même couleur.— Adhérences celluleuses, partielles, entre les poumons et les plevres; un kilogramme de sérosité rouge, un peu trouble, dans celle du côté gauche; un peu moins à droite. Lobe inférieur gauche lourd, d'un rouge noirâtre à l'exterieur et à l'intérieur, dans la plus grande partie de sa masse, ne contenant un peu d'air qu'antérieurement ; ferme, non hépatisé ailleurs, où l'on ne reconnaissait plus, au milieu d'un tissu homogène, que les vaisseaux d'un certain calibre qui contenaient une médiocre quantité de sang. Même état, moins prononcé et moins général, du lobe droit correspondant.

Abdomen. Les intestins, le gros surtout, étaient distendus

par des gaz. — L'œsophage offrait, à sa partie inférieure, une ulcération de 22 millimètres de haut sur 11 de large, due à la destruction de la membrane muqueuse seule. — L'estomac avait un volume médiocre, contenait une petite quantité de liquide trouble et grisâtre, offrait, intérieurement, deux nuances principales : l'une rougeâtre, comme aérolaire, occupant la moitié du grand cul-de-sac; l'autre grisâtre et bleuâtre, successivement moins prononcée en approchant du pylore, un peu avant lequel elle finissait. On voyait, dans sa grosse extrémité, six bandes blanchâtres et bleuâtres, de 110 à 140 millimètres de haut, sur 9 à 11 de large : la membrane muqueuse était détruite, ou très mince et ramollie dans les points correspondants, et elle devenait progressivement plus épaisse et plus consistante, à mesure qu'on l'examinait dans un point plus rapproché des parties saines. A cet amincissement par bandes, s'en joignait un autre sous forme d'une plaque irrégulièrement arrondie, de 15 centimètres de surface, dans le grand cul-de-sac. La muqueuse avait, dans l'intervalle de ces lésions, une épaisseur et une consistance assez convenables, était mamelonnée près du grand cul-de-sac, et couverte d'une couche épaisse de mucus là où elle était grisâtre. — L'intestin grêle contenait un assez grande quantité de bile d'un jaune foncé, tendant au brun. Sa membrane muqueuse était très ramollie dans la longueur d'un mètre, près du cœcum, d'une bonne consistance ailleurs. Il y avait, dans toute l'étendue de l'iléum, un grand nombre de plaques elliptiques grisâtres et bleuâtres, peu saillantes, ulcérées dans le mètre voisin de la valvule iléo-cœcale. Quelques-unes d'entre elles offraient quatre à cinq petites ulcérations, les autres une seule, et alors cette ulcération était considérable, comprenait la presque totalité de la plaque. Toutes présentaient la membrane

musculaire à nu, légèrement épaissie et rouge : leurs bords étaient affaissés dans toute ou seulement dans une partie de leur étendue ; et le tissu cellulaire de la plaque, qu'elle fût ou non ulcérée, en avait la couleur, était épaissi, et fournissait un peu de sang quand on y pratiquait des incisions. L'intestin grêle offrait encore, contre la valvule iléo-cœcale, dans la longueur de 80 millimètres et dans presque toute sa circonférence, une couleur grise et bleuâtre, plusieurs petites ulcérations, les unes profondes, les autres superficielles; et le tissu cellulaire sous-muqueux de cette portion de l'organe était plus épais et plus rempli de sang que celui des plaques elliptiques. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales, pultacées dans la plus grande partie de sa longueur, moulées dans le rectum ; et, à part trois petites ulcérations de 5 millimètres de diamètre, dans le cœcum, qui offraient la tunique musculaire à nu, sa membrane muqueuse était dans l'état naturel. — Deux glandes mésentériques, placées près du cœcum, avaient la grosseur d'une aveline, contenaient quelques petits foyers de pus ; les autres étaient bleuâtres et médiocrement augmentées de volume. Les glandes mésocolites et gastro-épiploïques avaient la même couleur, et ces dernières un volume assez considérable. — Le foie était pâle et mollasse ; la vésicule biliaire saine, et elle contenait un liquide trouble et grisâtre. — La rate était triplée de volume, bleuâtre et noirâtre, à l'intérieur surtout, et d'une bonne consistance. — La substance corticale des reins avait une couleur rouge-foncé. — Le reste était sain.

Cette observation est, comme on voit, tout aussi intéressante que la précédente ; à peu près aux mêmes titres, et, plus qu'elle encore, elle rappelle la *fièvre ataxique* : car la

diarrhée fut peu considérable, et les symptômes nerveux furent aussi variés que graves. En effet, après huit jours de douleurs dans les membres, le sujet éprouve des nausées, des douleurs à l'épigastre et dans le reste du ventre, des bourdonnements d'oreilles, des picotements aux yeux, des étourdissements; les nausées disparaissent au troisième jour de leur début, et, au cinquième, on observe de la somnolence, des soubresauts dans les tendons, des mouvements spasmodiques des poignets; le lendemain la mémoire est presque abolie, l'assoupissement plus profond, les spasmes continuent, puis le délire se joint à ces symptômes qui persistent, à divers degrés, jusqu'à la mort; et on observe successivement le froncement des sourcils, la contraction spasmodique des lèvres, la raideur des bras, l'agitation de la mâchoire inférieure. Quelques jours avant le terme fatal, le malade se plaint d'une sensation insolite de froid, malgré la chaleur de la peau; et, à l'ouverture du cadavre, on trouve la substance corticale du cerveau et du cervelet, et tout ce qui dans l'un et dans l'autre est formé de matière grise, d'un rose-violet plus ou moins foncé; la membrane muqueuse de l'estomac mamelonnée, ramollie, amincie ou détruite, et des ulcérations à bords affaissés dans l'intestin grêle. C'est-à-dire que, malgré une forme assez éloignée de la plus ordinaire, la lésion fondamentale, l'altération des plaques elliptiques de l'iléum, était la même que dans tous les cas précédemment exposés. — J'observerai d'ailleurs, relativement à ces plaques, qu'elles étaient bleuâtres, que les ulcérations étaient affaissées à leur pourtour, qu'elles offraient par conséquent le caractère de celles qui sont en voie de guérison, dont l'état pathologique rétrograde; qu'il devient, par cela même, extrêmement probable, que le début de la maladie était le même que celui des douleurs dans les mem-

bres, et qu'il a précédé de huit jours le développement des phénomènes fébriles et des symptômes gastriques.

La couleur rose-violet des parties formées par la substance grise était-elle liée au trouble des fonctions cérébrales? Les réflexions faites à cet égard, à la suite de l'observation précédente, étant appliquables à celle-ci, je n'y reviendrai pas; et je me bornerai à rappeler que le sujet qui nous occupe est le seul, parmi ceux qui ont succombé à l'affection typhoïde, chez lequel j'ai trouvé la substance grise de la masse encéphalique aussi universellement violacée; qu'un cas semblable s'est rencontré parmi les individus morts d'autres maladies aiguës et qui n'avaient point éprouvé de symptômes spasmodiques; que c'est une raison de ne pas hasarder ici une explication, et surtout de répondre affirmativement à la question proposée.

Il n'est pas possible, d'ailleurs, d'attribuer à l'état de l'estomac une part dans les mouvements spasmodiques; car le ramollissement et l'amincissement de la muqueuse gastrique, qui se développent peut-être après la mort, ont lieu, comme nous avons vu, dans le cours d'un grand nombre de maladies aiguës; et l'affection typhoïde est à peu près la seule où on observe le symptôme dont il s'agit.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Les symptômes spasmodiques furent moins nombreux, de moins longue durée, beaucoup moins fréquents chez les sujets qui guérirent que chez ceux qui succombèrent; en sorte que je ne les ai observés que chez six des cinquante-sept dont l'affection fut plus ou moins *grave*. Ils doivent donc rendre le pronostic très fâcheux, et ils ont, sous ce rapport, plus d'importance qu'aucun autre symptôme. C'était

des soubresauts des tendons chez trois malades, des crampes chez un quatrième, des mouvements spasmodiques des lèvres et de la mâchoire inférieure chez les deux derniers. Les soubresauts eurent lieu pendant un jour dans deux cas, pendant cinq dans le troisième, aux huitième, dixième et quarantième de l'affection. Les crampes se firent sentir du sixième au dixième jour ; les spasmes de la mâchoire inférieure, aux dixième et quarantième.

Il est d'ailleurs fort remarquable qu'il n'y eut, dans aucun des cas dont il s'agit, de contraction permanente des muscles du cou et des bras; ce qui doit faire considérer ce signe comme presque absolument mortel.

Des faits semblables à ceux qui viennent d'être exposés ont été observés par M. Barth qui, sur 100 cas d'affection typhoïde, a vu les soubresauts des tendons chez sept sujets, dont six ont guéri et toujours après un espace de temps considérable ; de manière que celui dont la maladie a été la plus courte, n'a quitté l'hôpital qu'au cinquante-cinquième jour à partir du début. Le même médecin a observé la carphologie dans un cas mortel au vingt-sixième jour; la contracture des membres supérieurs chez deux sujets dont un a succombé, tandis que l'autre, le plus jeune, âgé de 27 ans, guérit, mais seulement après quatre-vingt-dix-sept jours de maladie. Un dernier, qui a aussi guéri, eut une immobilité cataleptiforme.

Les symptômes qui sont l'objet spécial de ce paragraphe existent aussi dans l'*enfance*, et le pronostic à en tirer serait à peu près aussi grave à cette époque de la vie que dans un âge plus avancé, d'apres les faits recueillis par M. Rilliet. Ce médecin a, en effet, observé la carphologie

chez quatre sujets, dont trois ont succombé ; des mouvements choréiques dans les quinze derniers jours de la maladie, chez un malade qui fut emporté au trente-septième ; des soubresauts de tendons dans deux cas, dont un relatif à un jeune sujet qui eut de la raideur au tronc et mourut : enfin, M. Rilliet a observé cette raideur dans trois cas dont la terminaison a été funeste. J'ajoute que les nouveaux faits recueillis par lui, dans les six premiers mois de cette année, confirment ceux-ci, et ne changent pas sensiblement la proportion des diverses espèces de spasmes que je viens d'exposer. Mais sous ce rapport, et sous le rapport du pronostic et du nombre, les résultats de l'observation de M. Taupin sont très différents, à tel point qu'on est tenté de croire que ces Messieurs n'ont pas désigné les mêmes choses par les mêmes noms. En effet, M. Taupin assure avoir obervé la carphologie dans *presque tous* les cas, le plus souvent bornée à des secousses dans les tendons (79 fois sur 121 sujets). Douze fois, dans des cas graves, il a vu des efforts continuels pour écarter des obstacles imaginaires; dans cinq cas il a observé une raideur marquée des membres et surtout de la colonne vertébrale; et une fille de quatorze ans qui a succombé, eut, pendant plusieurs heures, de véritables accidents cataleptiques : en sorte que, d'après M. Taupin, la carphologie n'aurait aucune importance dans le jeune âge par rapport au pronostic, puisque sur 121 sujets, parmi lesquels 21 ont succombé, 79 eurent de la carphologie.

3° *Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës.*

Parmi ces sujets, entre lesquels je ne compte pas ceux qui furent affectés de la colique des peintres, quatre seulement, sur plus de cinq cents, eurent des soubresauts dans

les tendons ou des crampes. Les soubresauts eurent lieu dans un cas de péritonite, au neuvième jour de l'affection, qui fut mortelle au onzième, et chez un péripneumonique qui entra en convalescence à la même époque. Il y eut des crampes chez deux malades affectés d'entérite.

Si la grande différence observée entre les sujets qui meurent d'affection typhoïde et ceux qui en guérissent, relativement aux spasmes, rend ce symptôme précieux pour le pronostic, son extrême rareté dans le cours des autres maladies aiguës en ferait un auxiliaire utile, sous le rapport du diagnostic, s'il venait à se développer dans le cours d'une affection grave, dont le caractère aurait été douteux jusque là. Les mouvements ou les raideurs spasmodiques forment donc, comme l'assoupissement, un des signes les plus précieux de l'affection typhoïde, en même temps qu'ils indiquent que si le trouble des fonctions cérébrales est généralement proportionné au mouvement fébrile, il reçoit des modifications importantes de l'organe primitivement affecté, peut-être aussi de la cause de la maladie, et même de l'altération primitive ou consécutive du sang.

§ 5.

De l'état des forces.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Si l'affaiblissement est un des premiers effets des maladies aiguës, il ne se montre dans aucune au même degré que dans celle dont il s'agit, et il forme, par cette raison, un de ses caractères distinctifs.

De vingt-neuf sujets chez lesquels j'ai noté avec soin les

circonstances principales de ce symptôme, dix furent obligés de quitter leurs occupations le jour du début, un autre le deuxième, quatre le troisième; et trois des premiers se mirent au lit le premir jour (obs. 15, 36, 53).

Quelle que fût l'époque à laquelle les malades avaient pris le lit ou quitté leurs occupations, l'affaissement devenait bientôt considérable; ils avaient de la peine à pourvoir à leurs besoins, ou même à faire quelques mouvements pour changer de place; ils restaient dans la même position, de manière qu'on était obligé de les en changer, pour éviter les effets de la compression. Dans cet état, ils ressemblaient véritablement à des corps inertes. Un d'entre eux, qui mourut le vingt-cinquième jour de l'affection et n'eut de délire que le dernier, se trouvait si faible, avait tant de répugnance pour toute espèce de mouvement, à compter du dix-huitième jour, qu'il ne voulait pas même consentir à ce qu'on le mît à son séant. Cette extrême prostration eut lieu au dix-septième jour de l'affection chez un autre sujet qui mourut le vingt-huitième (obs. 39). Chez deux malades emportés le huitième jour, les bras étaient comme paralysés le septième (obs. 11, 13). Une femme qui se trouvait dans ce degré de faiblesse qui simule la paralysie, et qui mourut au treizième jour de l'affection, se laissait pincer les bras le douzième, sans donner aucun signe de douleur; et elle me dit, le lendemain, qu'elle se rappelait bien avoir été pincée, que si elle n'avait pas retiré son bras, la veille, c'était faute de force.

Toutefois, bien que le plus haut degré de faiblesse accompagnât d'ordinaire l'affection typhoïde, il y eut quelques exceptions assez remarquables à cette loi. Ainsi, un sujet mort après vingt-quatre jours de maladie, et dont je vais bientôt donner l'histoire, travailla pendant les quinze pre-

miers, et put encore descendre de son lit le jour même de sa mort (obs. 37). Un de ceux qui succombèrent au huitième jour put se promener dans les quatre premiers. Un autre, qui mourut le quatorzième, vint, le dixième, à pied, à l'hôpital. Un quatrième se mettait sans aide, à son séant, quatre jours avant le terme fatal; et nous verrons, parmi les cas dans lesquels l'affection a été latente, des exemples bien plus remarquables encore du fait dont il s'agit.

La syncope, dont la cause est peut être la même, dans quelques cas que celle de la faiblesse générale, eut lieu au onzième jour de la maladie, chez un sujet qui ne fut emporté que le trente-cinquième (obs. 14).

Mais à quelle cause rapporter l'extrême faiblesse observée dans la majeure partie des cas d'affection typhoïde? Quand cette faiblesse ne se développait qu'à une époque éloignée du début, on pouvait, jusqu'à un certain point, s'en rendre compte par l'état des organes et le trouble prolongé des fonctions, bien qu'une prostration aussi considérable n'ait pas lieu dans les autres affections aiguës, aux derniers jours de la vie, malgré de graves lésions. Mais dans les cas où l'affaiblissement était considérable dès le début, il ne pouvait pas en être ainsi; on ne pouvait l'attribuer à la diarrhée, qui n'existait pas, ou ne faisait que commencer; ni aux douleurs de ventre, toujours peu considérables; ni à la céphalalgie, ordinairement obtuse, et dont le plus haut degré ne produit pas, dans les autres affections, l'affaiblissement dont il s'agit; ni à une lésion appréciable du cerveau, par les raisons précédemment indiquées; ni à l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, qui était saine dans plusieurs cas où la prostration était extrême, et dont l'altération ne commençait d'ailleurs qu'à une époque plus ou moins éloignée du début. Il fallait

nécessairement alors recourir, pour expliquer cette faiblesse, à la lésion spéciale commençante de l'intestin grêle, agissant sympatiquement sur le cerveau; ou bien encore à la cause, quelle qu'elle soit, qui avait amené le développement de cette lésion.

Je ne parle pas du ramollissement du cœur, du foie et de la rate, vu que cette altération n'a lieu qu'à une époque plus ou moins éloignée du début, qu'elle est, comme le ramollissement simple de la membrane muqueuse de l'estomac, très fréquente dans le cours des autres maladies aiguës, que la nature et le début de son développement sont également indéterminés. D'ailleurs, chez douze sujets morts du huitième au vingt-huitième jour de l'affection, qui avaient le foie et le cœur sains, la rate médiocrement ramollie et doublée de volume environ, la faiblesse fut médiocre ou considérable, dans un égal nombre de cas.

Passons maintenant à l'histoire du malade dont la faiblesse s'est développée tardivement.

XXXVIIe OBSERVATION.

Diminution de l'appétit, selles rares, douleurs dans les membres, quelques frissons dans les premiers jours; puis selles fréquentes, douleurs de ventre, anorexie complète; faiblesse considérable dans la dernière semaine, léger délire; mort au *vingt-quatrième jour*. — Plaques de l'iléum rouges, ramollies, ulcérées et non ulcérées; glandes mésentériques correspondantes rouges, volumineuses, très ramollies, etc.

Un limonadier, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution médiocrement forte, habituellement bien portant, sobre et d'une conduite régulière, travaillant dix-huit heures par jour environ, fut admis à l'hôpital de la Charité le 5 août 1822. Il était à Paris depuis quatre ans, accusait quinze jours de maladie, et avait travaillé jusqu'au moment de

venir à l'hôpital, où il fut néanmoins conduit en voiture, ne se sentant pas la force de faire le chemin à pied.

Dans les huit premiers jours, céphalalgie, rêves fréquents, douleurs dans les membres, bouche pâteuse et amère, diminution considérable de l'appétit, ce qui n'empêchait pas le malade de manger presque autant que de coutume; ventre indolent, selles rares, frissons par intervalles. Ces huit jours passés, un purgatif, dont l'excipient était l'eau-de-vie, causa peu de malaise d'abord, et fut suivi, deux heures après avoir été pris, de coliques violentes et de selles nombreuses, bientôt portées au nombre de vingt. Dès-lors, la diarrhée fut considérable, le ventre douloureux, du côté gauche surtout, quand le malade résistait au besoin d'aller à la selle, l'anorexie complète; l'épigastre fut toujours indolent; la céphalalgie cessa, il y eut des éblouissements et parfois des bourdonnements d'oreille; d'ailleurs, ni toux, ni nausées, ni frissons, ni douleurs de gorge. Le malade prit de la soupe pour tout aliment, et, pour boisson, une infusion de tilleul, ou de l'eau vineuse.

Le 6 août : décubitus indifférent, figure violacée, yeux assez brillants, légère teinte de rose autour de la cornée, mémoire exacte, réponses nettes et précises; ni céphalalgie, ni bourdonnements d'oreilles, ni douleurs dans les membres; soif vive, haleine fétide, langue rose au pourtour, jaunâtre au centre; léger météorisme, douleurs à gauche du ventre, dix selles la nuit : trois taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen; chaleur sèche, intense, et néanmoins sensibilité au froid; pouls un peu plein, égal, à quatre-vingts; respiration légèrement accélérée: faiblesse et malaise fort médiocres: le malade ne s'occupe que de son ventre. (*Quinze sangsues à l'anus; lav. lin; tis. d'orge av. le sirop tart.* ter.).

La perte de sang fut assez considérable, il y eut quinze selles dans les vingt-quatre heures qui suivirent, un peu de sommeil et une sueur légère pendant la nuit. Le lendemain; figure pâle, stupeur légère, augmentation de la faiblesse, intelligence intègre, ventre indolent, météorisé; taches lenticulaires plus pâles que le 6; pouls un peu mou, soif augmentée (Id. *sauf les sangsues*).

Le 8; figure un peu rouge et violacée, air d'indifférence, réponses justes; le reste comme la veille. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

Du 9 au 12 : même degré de stupeur, figure pâle ou plombée, réponses justes et assez promptes; surdité, d'abord légère, puis considérable; faiblesse croissante; langue sèche, puis jaunâtre et encroûtée au centre, le 11; météorisme assez considérable, ventre indolent; selles nombreuses, sans traces de mucus ni de sang; chaleur médiocre, pouls accéléré, assez large; toux rare.

L'assoupissement fut presque continu dans la journée du 12, et, pendant la nuit, le malade quitta son lit et parcourut les salles. Le lendemain, au milieu d'une stupeur assez profonde, il assurait ne souffrir nulle part, sa figure était un peu livide, ses paroles presque inintelligibles, sa langue sèche et brunâtre, sa respiration haute et fréquente; le bruit respiratoire était sans mélange de râle, le pouls assez ferme, régulier, à cent.

L'agitation fut la même pendant la nuit que dans la précédente : et le 14, à l'heure de la visite, la somnolence était continuelle. le malade dans le même état apparent que la veille, en sorte qu'il descendait encore du lit pour aller à la selle : il répondit se trouver bien, et une heure après il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Point de vergetures, sinon à la partie postérieure du corps.

Tête. Quelques adhérences entre les feuillets de l'arachnoïde, près du sillon médian, là où cette membrane était épaissie et opaque. Traces d'infiltration sous-arachnoïdienne; deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; cinq dans les fosses occipitales inférieures; cerveau et cervelet un peu injectés, d'une bonne consistance.

Poitrine. 90 grammes de sérosité sanguinolente dans le péricarde; plaques blanches à la face antérieure du cœur, dont les parois étaient minces et très ramollies. Quelques bandes d'un rouge-foncé, le long de l'aorte. — 360 grammes de sérosité très rouge dans la cavité de la plèvre droite; adhérences celluleuses universelles à gauche. Les poumons étaient légers, plus ou moins mous, avaient une couleur rouge assez vive antérieurement, et, en arrière, une teinte beaucoup plus foncée, à l'intérieur comme à l'extérieur. Ces deux nuances étaient interrompues par des taches noirâtres, arrondies, de 4 millimètres de diamètre, sans augmentation appréciable de la densité du tissu pulmonaire correspondant.

Abdomen. Le péritoine avait perdu le brillant qu'il a dans l'état ordinaire. L'estomac contenait une assez grande quantité de liquide peu épais. Sa membrane muqueuse était nuancée de rose et de gris, jaunâtre dans quelques points, d'une bonne consistance. — Celle de l'intestin grêle, à part un médiocre ramollissement et les objets que je vais indiquer, n'offrait rien de remarquable. Les plaques elliptiques étaient

nombreuses dans ses deux derniers tiers, rouges, larges et épaisses dans les 55 centimètres les plus rapprochés du cœcum. Leur saillie était due principalement à la muqueuse, qui avait généralement plus de 2 millimètres d'épaisseur, dans ce point, était extrêmement ramollie, et détruite dans une petite étendue des plaques qui avoisinaient le cœcum. Le tissu cellulaire sous-muqueux correspondant avait la même couleur, et une épaisseur presque égale. Entre ces plaques s'en trouvaient d'autres, irrégulières, beaucoup moins considérables, et quelques cryptes solitaires, aplaties, marquées d'un point central. Quelques-unes des plaques elliptiques qui précédaient celles qui étaient rouges et ramollies, étaient grisâtres et bleuâtres, un peu épaissies, et offraient quelques ulcérations dentelées. — Le gros intestin était très météorisé jusqu'à S, contenait quelques parcelles grisâtres et fermes, au milieu d'une matière liquide, médiocrement abondante. La membrane muqueuse du cœcum et de la moitié gauche du colon transverse, jusqu'au rectum, était rouge et très ramollie; il y avait aussi quelques petites ulcérations dans le cœcum. — Les glandes mésentériques étaient rouges, volumineuses et très molles, dans le voisinage de ce dernier. — Le foie était sain; la bile vésiculaire abondante et ténue. — La rate était plus que triplée de volume, et si ramollie qu'il suffisait du moindre effort pour y enfoncer le doigt. — Les reins étaient rouges et d'une bonne consistance. — Le pancréas était très injecté.

Ainsi, bien que la mort ait eu lieu au vingt-quatrième jour de l'affection, le malade a pu continuer un métier fatigant les deux premières semaines; ses forces n'étaient pas même assez abattues, dans la dernière, pour l'empêcher de pourvoir à ses besoins; et, une heure et demie avant sa

mort, il descendit encore de son lit pour aller à la selle. Quelle que manière de voir qu'on adopte relativement au début de l'affection, elle s'est donc bien écartée, sous le rapport des forces, de la forme la plus ordinaire.

On peut effectivement faire une double supposition relativement au début; se demander s'il remontait à l'époque où l'appétit se déprima, ou seulement au jour où le malade prit un purgatif qui fut suivi de dévoiement : et l'on dirait, en faveur de la première de ces deux suppositions, qu'avant le purgatif il n'y eut aucun symptôme caractéristique. Mais les raisons qui militent en faveur de la seconde supposition me paraissent beaucoup plus concluantes : car si, avant l'administration du purgatif, les symptômes éprouvés par le malade n'avaient rien de caractéristique, ils n'étaient pas non plus en opposition avec ce que l'expérience apprend du début de l'affection typhoïde dans certains cas; d'ailleurs, quand la diarrhée eut lieu à la suite du purgatif, le caratère général de l'affection resta encore le même; seulement un nouveau symptôme s'y ajouta et parut en fixer le siége, sans en indiquer la nature. Les symptômes véritablement caractéristiques ne se manifestèrent que dans les huit derniers jours de l'existence; de manière que si l'on se refusait à placer le début de la maladie au moment où l'appétit fut diminué, et où il y eut des douleurs dans les membres, on ne pourrait pas le faire remonter à une époque antérieure à l'admission du malade à l'hôpital. Cependant les symptômes des huit premiers jours avaient une cause, et quand on considère que la lésion la plus profonde, et sans doute la plus ancienne, était celle des plaques elliptiques de l'iléum, on ne saurait s'empêcher d'admettre que ces plaques fussent le siége de quelque altération, dans les huit jours qui précédèrent l'administration du purgatif.

J'ai écarté l'idée qu'un purgatif pût amener l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle, parceque j'ai observé plusieurs fois des superpurgations à la suite du remède longtemps continué de Leroy, sans que rien, dans les symptômes, annonçât une semblable influence. Je ne crois pas non plus qu'on puisse attribuer au purgatif une part considérable dans la diarrhée qui en a suivi l'usage, comme les faits nous l'ont appris antérieurement (page 442 du 1er vol.); vu que les purgatifs, quels qu'ils soient, s'ils ne sont pas répétés, ne produisent de diarrhée permanente que dans le cas où les sujets y sont éminemment disposés; en sorte qu'il faudrait au moins admettre ici une prédisposition très forte, puisque le dévoiement a été considérable et non interrompu, à compter de l'administration du purgatif : vu aussi que souvent un semblable dévoiement succède, dans l'affection typhoïde, à une constipation de plusieurs jours, sans qu'aucun purgatif ait été administré.

Ce cas était d'ailleurs, il faut en convenir, un de ceux qui peuvent le plus aisément mettre en défaut la sagacité de l'observateur, soit avant, soit après l'administration du purgatif, antérieurement à l'admission du malade à l'hôpital; l'anorexie, des douleurs dans les membres, une légère diminution des forces avant ou après la diarrhée, ne devant pas faire soupçonner une maladie grave. En pareil cas, toutefois, il faudrait se rappeler qu'un purgatif unique, suivi d'une abondante diarrhée, annonce une forte prédisposition, et qu'un semblable effet appartient à l'affection typhoïde commençante plus qu'à toute autre.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

L'affaiblissement ne fut pas moins remarquable chez ceux de ces sujets dont la maladie fut *grave*, que chez ceux

qui ont succombé. De quarante-sept malades sur lesquels j'ai pu recueillir des renseignements précis à cet égard, sept prirent le lit dès le premier jour de l'affection, neuf se bornèrent à quitter leurs occupations à la même époque, deux le deuxième jour ; c'est-à-dire que la troisième partie des sujets éprouva un affaiblissement et un découragement considérables dès le début. Ce qu'on ne peut pas plus expliquer que dans les cas où la maladie eut une terminaison funeste, par le dévoiement qui n'existait pas alors, ou ne faisait que commencer ; par les douleurs de ventre, ni par des symptômes gastriques de quelque valeur, ni par ces lassitudes extrêmes dans les membres qu'on observe si souvent dans les simples courbatures. En sorte qu'ici, comme chez les individus qui ont succombé, on ne peut rattacher cette faiblesse qu'à la lésion spécifique commençante de l'iléum, ou à la cause à laquelle il conviendrait de la rapporter. — Un petit nombre de sujets ne fut alité que du dixième au vingtième jour de la maladie, et l'un d'eux ne commença à prendre de repos qu'au vingt-sixième. Chez celui-ci, après un début assez violent, l'affection parut s'arrêter dans sa marche, de manière que six jours après le début, le malade avait repris, bien que d'une manière incomplète, ses occupations.

L'affaiblissement fut considérable et de longue durée chez presque tous les sujets qui furent obligés de se mettre au lit dès le début; mais son *maximum* eut lieu à des époques très variées, du dixième au trentième jour de l'affection. La débilité ne fut pas moindre chez plusieurs malades qui ne quittèrent leurs occupations, ou ne se mirent au lit, qu'un plus ou moins grand nombre de jours après l'apparition des premiers symptômes : de manière qu'à une certaine époque de l'affection plusieurs de ces malades sem-

blaient comme paralysés, laissaient tomber leurs membres, préalablement soulevés, comme s'ils n'eussent plus obéi qu'à la pesanteur, et se laissaient manier comme des corps inertes. Dans quelques cas encore, à cette faiblesse extrême se joignait la paleur de la face, et les sujets, comme anéantis, semblaient sur le point de s'éteindre. Cet état fut porté au plus extrême degré, chez une jeune fille de dix-sept ans et demi, d'une constitution un peu délicate. On l'aurait dit pendant deux jours, les dix-neuvième et vingtième de la maladie, près d'expirer, n'ayant plus qu'un souffle de vie; ce que ne pouvaient expliquer, ni la diarrhée qui avait été légère, ni la douleur de ventre, ni le météorisme qui fut presque nul, ni le traitement qui ne fut ni tonique ni très débilitant, aucune saignée n'ayant été pratiquée. Cette profonde débilité ne diminua qu'avec beaucoup de lenteur; et au moment où la convalescence paraissait devoir faire des progrès rapides, la malade eut une double péripneumonie, bornée à la partie postérieure des poumons, qui n'occasiona qu'une faible réaction, eut une marche très lente, et fut accompagnée d'un œdème assez considérable des membres inférieurs, de celui du côté gauche, surtout; de manière que la malade ne fut parfaitement rétablie qu'après cinq mois de séjour à l'hôpital.

L'affaiblissement fut médiocre dans les trente-un cas où l'affection fut *légère*; et c'est, en grande partie, d'après la différence de l'état des forces, que j'ai divisé les malades en deux groupes. Toutefois, la perte des forces, chez les trente-un sujets dont il s'agit, était généralement très supérieure à celle qui aurait eu lieu dans toute autre affection inflammatoire, à égalité de fièvre.

M. Rilliet observe avec raison, qu'il est difficile d'estimer avec quelque exactitude la diminution, et surtout le degré de la diminution des forces, dans *l'enfance*. Toutefois, il remarque que les deux tiers des enfants atteints d'affection typhoïde, qu'il a observés, furent plus ou moins affaiblis dès le début; que presque tous furent obligés de s'aliter dès les premiers jours. M. Taupin pense que l'affaiblissement qui accompagne la fièvre typhoïde est un peu moindre dans l'enfance que dans l'âge adulte; que dans le premier âge aussi, la convalescence de cette maladie est assez souvent prompte, comme subite; ce qui n'établit pas une distinction marquée entre l'affection typhoïde de l'enfant et celle de l'adulte, puisque le rétablissement des forces est quelquefois aussi très rapide chez les jeunes gens atteints de cette maladie.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes.*

Chez les péripneumoniques, la faiblesse était généralement proportionnée à l'étendue de l'affection; mais aucun d'eux n'éprouva ce profond affaissement dont il a été question ci-dessus. La diarrhée, dans les cas où elle venait à se déclarer, augmentait beaucoup cette faiblesse, qui fut considérable chez deux sujets dont la muqueuse gastro-intestinale était profondément altérée.

L'affaiblissement n'offrit rien de remarquable dans le cours des autres maladies aiguës, si l'on en excepte un cas d'érysipèle aux membres inférieurs, dans lequel la perte des forces fut considérable dès le début de l'affection.

4° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri.*

La diminution des forces fut considérable chez quatre

des cinquante-sept *péripneumoniques* qui ont guéri. L'affection fut presque parfaitement simple dans un cas ; elle était compliquée de dévoiement, ou de symptômes gastriques, dans les autres, quand l'affaiblissement devint très marqué. Le découragement était extrême, l'attitude abandonnée, dans ces trois cas ; et les deux malades qui éprouvèrent des symptômes gastriques, eurent, en outre, au sixième jour de l'affection, une lipothymie en allant à la selle.

Trois sujets sur dix-huit qui furent atteints de *scarlatine*, éprouvèrent, les cinquième et sixième jour de l'affection, un affaissement assez considérable, sans qu'il fût possible de se l'expliquer par la diarrhée ou quelque symptômes gastrique. Un semblable degré de prostration eut lieu dans un cas de *rougeole*, au début de la maladie, quatre jours de suite, et céda au moment où les évacuations alvines devinrent liquides et fréquentes. S'il n'était pas possible alors de s'en rendre compte, son degré, au début de la maladie, pouvait, jusqu'à un certain point, écarter le soupçon d'une affection typhoïde. J'en dirai autant de deux sujets qui offrirent le même affaissement le premier jour d'une *angine gutturale*, et d'un troisième dont l'accablement fut extrême les trois premiers jours d'une *urticaire*, que ne compliquaient ni symptômes gastriques, ni diarrhée.

Dans l'*entérite* proprement dite, la faiblesse n'était pas comparable à celle qui accompagne l'affection typhoïde, alors même qu'elle était très intense, que les selles étaient très nombreuses. Aussi, bien que l'affaissement fût assez considérable chez un sujet dont les évacuations alvines furent répétées de vingt à trente fois par jour, dans les six premiers de la maladie, ce sujet n'en sortit pas moins parfaitement guéri de l'hôpital, au onzième jour, à partir du début. Et ce fait n'est pas une exception ; car cinq autres

malades qui eurent des selles presque aussi nombreuses, une faiblesse à peu près aussi considérable, pour quelques jours, sortirent de l'hôpital du quatorzième au dix-huitième, fort bien portants. Trois d'entre eux y étaient venus à pied, et eurent quelques symptômes gastriques.

L'affaiblissement n'était donc pas seulement beaucoup plus considérable, beaucoup plus fréquent, dans le cours de l'affection typhoïde que dans toute autre; il était encore beaucoup plus prolongé.

§ 6.

Des douleurs et de l'œdème des membres.

1° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde.*

A deux exceptions près, tous les individus chez lesquels j'ai pu recueillir des renseignements exacts sur l'état des membres, à une époque antérieure à leur admission à l'hôpital (et c'est le plus grand nombre), y éprouvèrent des douleurs dès le début de la maladie, qu'elle qu'en ait été l'issue. Ces douleurs, généralement très médiocres, n'étaient comparables, dans aucun cas, à celles qui ont lieu quelquefois dans la courbature; et elles ne se firent sentir avec quelque vivacité, dans les membres inférieurs, que chez un des sujets qui ont péri, dont elles gênaient beaucoup la marche, et qui les comparait à un engourdissement (obs. 21). Dans aucun cas elles n'eurent le caractère rhumatismal. — Les mêmes individus qui éprouvaient des douleurs dans les membres en avaient aussi, pour la plupart, dans les lombes.

Je n'ai observé *d'œdème* aux membres inférieurs que

chez une jeune fille dont l'affection eut une heureuse issue, dans le cours d'une double péripneumonie, survenue au moment où la malade, dont les forces avaient été profondément altérées, paraissait entrer en convalescence.

Les douleurs dans les membres ont eu lieu chez tous les *enfants* observés par le Dr. Taupin, hors un. De peu de durée généralement, elles furent promptement remplacées par un sentiment de faiblesse, et, dans trente cas où elles persistèrent, aux genoux et aux reins, au-delà du terme ordinaire, j'ai pu remarquer, dit M. Taupin, que la taille des sujets avait pris un assez grand accroissement.

2° *Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes.*

Des douleurs dans les membres eurent lieu chez les quatre cinquièmes des péripneumoniques: et trois d'entre eux, morts aux huitième, vingtième et quarantième jour de l'affection, offrirent de l'œdème aux membres inférieurs, deux ou trois jours avant le terme fatal. — Ces sujets avaient de cinquante à soixante ans, et le cœur de l'un d'eux était légèrement hypertrophié. Si l'âge et l'état du cœur ont eu quelque influence sur le symptôme qui nous occupe, l'organe principalement affecté en eut sans doute bien davantage; et le fait rapporté un peu plus haut vient à l'appui de cette manière de voir.

Chez les sujets qui succombèrent à d'autres affections, les douleurs dans les membres et dans les lombes furent à peu près aussi fréquentes que chez les péripneumoniques; et, dans deux cas, l'un de scarlatine et l'autre de péricardite, il y eut de l'œdème aux membres abdominaux. — Le cœur était sain, les poumons n'offraient pas d'altération remarquable, chez l'individu qui succomba à la scarlatine.

3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri.

La plupart des *péripneumoniques* eurent des douleurs dans les membres et dans les reins; ces douleurs furent très vives dans les cuisses chez un des sujets, et aux genoux chez deux autres. Chez l'un de ces derniers la douleur était accompagnée d'un gonflement assez considérable, sans rougeur, qui persista du onzième au quinzième jour de l'affection; après quoi les mêmes symptômes eurent lieu à la main droite, pendant le même temps. Les douleurs ne furent pas moins fortes aux genoux dans l'autre cas où elles avaient été précédées, pendant deux jours, de douleurs évidemment rhumatismales au cou. Il n'y eut pas de gonflement.

Ces deux faits, et un troisième que je citerai tout à l'heure, sont les seuls exemples de douleurs véritablement rhumatismales observées par moi, comme complication, dans le cours des maladies aiguës dont j'ai recueilli l'histoire. L'extrême rareté, dans cette circonstance, d'une maladie, d'ailleurs si commune, me paraît extrêmement remarquable, et forme un nouveau caractère à ajouter à ceux qui montrent dans le rhumatisme une affection aussi distincte des autres, que difficile à apprécier dans sa nature.

Un sujet dont la maladie traîna en longueur, eut, huit jours après son début, de l'œdème aux membres inférieurs, et cet œdème persista pendant plusieurs semaines. — Ce sujet, âgé de quarante ans, n'avait aucun symptôme de maladie du cœur, et il offre une nouvelle preuve de l'influence de la gêne de la circulation du sang, dans le cours de la péripneumonie, sur le développement de l'œdème.

Dans un cas *d'érysipèle* aux membres inférieurs, il y eut des douleurs rhumatismales, d'abord à l'épaule gauche pendant huit jours, puis aux genoux, qui furent gonflés, mais sans rougeur.

Plus de la moitié des sujets atteints de *catarrhe pulmonaire* eut des douleurs contusives dans les membres, et, deux d'entre eux, de l'œdème aux membres inférieurs pendant quelque temps.

Ces douleurs furent un peu moins fréquentes chez les sujets affectés *d'entérite*, que chez les précédents, de manière qu'elles n'avaient lieu que dans la moitié des cas, quelle que fût d'ailleurs la gravité de l'affection. Elles furent vives aux poignets chez deux malades, sans être accompagnées de rougeur ou d'enflure.

Ainsi, sur sept cents individus atteints de maladies aiguës, dont cent trente ont succombé, huit seulement eurent de l'œdème aux membres inférieurs; six dans le cours d'une péripneumonie ou d'un catarrhe pulmonaire intense, un dans celui d'une péricardite; le dernier dans le cours d'une scarlatine. — Un peu d'œdème chez un sujet atteint d'une maladie aiguë, devrait donc diriger l'attention sur l'état des poumons et du cœur, surtout dans le cas où il n'y aurait aucun autre symptôme d'une maladie de Bright.

ARTICLE VIII.

Symptômes fournis par les organes des sens.

Épistaxis, état de la conjonctive, des oreilles et de la peau.

§ 1.

De l'épistaxis.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Soit que j'aie omis de m'informer de l'existence de ce symptôme, ou que je n'aie pu prendre d'informations précises à son égard, je n'en ai fait mention que chez seize sujets, parmi lesquels cinq en ont été exempts : ce que je ne puis néanmoins affirmer d'une manière absolue, mes questions, sur ce point, n'ayant peut-être pas été assez répétées.

Quoi qu'il en soit, l'épistaxis variait dans son début, dans ses retours et dans l'abondance du liquide exhalé. Unique dans cinq cas, elle s'est répétée plusieurs fois dans les autres, deux, trois, quatre, six jours de suite, ou à des distances plus ou moins considérables; chez quelques malades plusieurs fois dans la même journée (obs. 4), et presque toujours sans le moindre soulagement. — Elle débuta le premier jour de l'affection dans trois cas où elle s'est renouvellée plusieurs fois (obs. 4, 16, 39); du quatrième au quinzième dans les autres.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri.*

Sur trente-quatre sujets dont l'affection fut *grave* et chez lesquels j'ai recherché l'existence de l'épistaxis, vingt-sept l'éprouvèrent une ou plusieurs fois; et cette proportion peut être considérée comme exacte, tous les individus dont il

s'agit ayant été fréquemment interrogés relativement à l'objet qui nous occupe.

Chez ces malades, comme chez ceux qui succombèrent, l'épistaxis fut variable dans son début, dans ses retours et dans son abondance. Relativement au début, elle se montra avec les premiers symptômes, dans trois cas ; dans cinq, le quatrième jour ; dans quatre, du cinquième au dixième ; dans cinq, du dixième au quinzième ; dans six, du quinzième au vingtième ; plus tard encore chez les quatre autres sujets, dont la maladie eut une marche très lente. Considérée dans sa fréquence et dans ses retours, elle n'eut lieu qu'une fois chez dix malades, reparut cinq, six, huit, dix et quinze jours de suite chez neuf, assez souvent à plusieurs reprises dans la même journée, et deux ou trois fois dans les autres cas, à des distances plus ou moins éloignées. — Aucun rapport d'ailleurs, entre l'abondance et la fréquence des épistaxis ; mais la diarrhée était généralement considérable, là où l'épistaxis s'était répétée le plus grand nombre de fois.

Cette hémorrhagie fut bien moins fréquente chez ceux dont la maladie fut *legère ;* n'ayant eu lieu que dans la moitié des cas, ou chez onze des vingt-quatre sujets qui furent interrogés avec soin à cet égard.

L'épistaxis a été observée par M. Barth, dans la moitié des cas soumis à son observation, ou chez quarante-deux sujets sur quatre-vingt-deux dont il a recueilli l'histoire ; dans une proportion un peu moindre que celle qui résulte de mes analyses.

L'hémorrhagie nasale, et cela est surtout remarquable à

raison de l'opinion dominante sur ce point, paraît être beaucoup moins fréquente dans l'*enfance* qu'après quinze ans, dans le cours de l'affection typhoïde; de manière que M. Taupin n'a rencontré que trois exemples d'épistaxis au début ou dans le cours de l'affection typhoïde, chez les 121 sujets soumis à son observation. M. Taupin ajoute à ce fait que plusieurs enfants qui étaient sujets au saignement de nez avant d'être atteints d'affection typhoïde, n'en ont pas eu pendant toute la durée de leur maladie, et que cette hémorrhagie se réduisait, chez les enfants qui en étaient atteints, à quelques gouttes de sang qui se desséchaient immédiatement. — M. Rilliet, qui n'a pu s'assurer de l'existence ou de la non-existence de l'épistaxis dans tous les cas soumis à son observation, l'a néanmoins observée dans treize cas, dans une proportion sensiblement plus considérable que celle indiquée par M. Taupin, quoique moindre de beaucoup que celle qui existe chez l'adulte. Huit fois elle eut lieu du premier au sixième jour, ordinairement les troisième et quatrième, du onzième au vingt-troisième dans les autres cas. Une seule fois elle se répéta journellement, du premier au neuvième jour de l'affection.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri* (1).

Huit *péripneumoniques*, sur cinquante-sept, eurent des épistaxis. L'un d'eux le premier jour de l'affection, trois le second, les autres du quatrième au onzième. Unique chez trois sujets, l'épistaxis se répéta trois, quatre, six, huit jours de suite chez les autres, et fut quelquefois très abondante.

(1) Un trop petit nombre de sujets, parmi ceux qui ont succombé, a été interrogé relativement à l'épistaxis, pour qu'il puisse en être question ici.

Je ne l'ai observée dans aucun cas de *variole*. Elle eut lieu chez deux sujets atteints de *scarlatine*, aux sixième et septième jours chez l'un, au onzième chez l'autre; chez un individu affecté de *rougeole*, au huitième jour de la maladie : au dixième d'un *érysipèle* à la face; chez six des trente-neuf sujets atteints d'*angine gutturale*, du deuxième au douzième jour de l'affection; le huitième dans un cas de *zona*, où elle fut le terme d'une céphalagie existante depuis plusieurs jours : chez quatre sujets affectés de *rhumatisme*, du deuxième au trentième jour de la maladie; dans cinq cas de *catharrhe pulmonaire*, à une ou plusieurs reprises; le premier jour de la maladie chez deux individus, à une époque plus ou mois éloignée chez les autres. Enfin, l'épistaxis eut lieu chez quatre sujets atteints d'*entérite* proprement dite, du premier au dixième jour de l'affection.

Bien que j'aie omis de demander à plusieurs des individus affectés des maladies qui viennent d'être passées en revue, s'ils avaient éprouvé quelque épistaxis, que les nombres donnés ne puissent pas être considérés comme des proportions, l'ensemble des faits est néanmoins digne d'intérêt, en ce qu'il montre que l'épistaxis suit la marche de tous les symptômes secondaires qui se développent dans le cours des maladies aiguës, et, comme eux, paraît plus rarement au début de l'affection qu'à une époque éloignée; qu'il n'est pas possible, dès-lors, de l'envisager sous un point de vue différent; que la considérer comme critique serait s'engager à reconnaître ce caractère à tous les autres symptômes secondaires, à toutes les lésions d'organes dont ils ne sont que l'effet. On dira peut-être que l'épistaxis soulage le mal de tête; mais qu'est-ce que cela prouve? Parce que la douleur du phlegmon diminue avec la suppuration, faudrait-il

considérer celle-ci comme une crise? Et n'y a-t-il pas une parfaite analogie entre le mal de tête qui précède l'épistaxis, et la douleur qui devance la suppuration du tissu cellulaire? De part et d'autre, n'est-ce pas un phénomène qui se divise en plusieurs périodes, dont l'une, la suppuration ou l'écoulement de sang, peut ne pas avoir lieu?

§ 2.

État des yeux.

Je rapporterai à ce paragraphe la rougeur ou l'injection plus ou moins vive de la conjonctive, les douleurs des yeux, le trouble de la vue.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Les conjonctives étaient plus ou moins rouges à des époques variées de l'affection, dans un peu plus de la moitié des cas, ou chez seize des vingt-sept individus dont l'état des yeux a été indiqué avec soin, dans mes notes. C'était, chez quatre d'entre eux, une nuance rose très délicate, uniforme, sans vaisseaux distincts; chez les autres, une injection ordinairement légère, quelquefois inégale, de la conjonctive des deux côtés. — Cette rougeur débutait à des époques variées, plus souvent à la fin qu'au commencement de l'affection. Elle eut lieu du troisième au treizième jour, chez trois sujets dont la maladie dura de trois à cinq semaines; de trois à quinze jours avant le terme fatal, dans d'autres cas. Elle prit de l'accroissement chez quelques individus, fut stationnaire chez d'autres, et ordinairement accompagnée d'une sécrétion de mucus qui maintenait rapprochés les bords libres des paupières; quelquefois d'un larmoiement que je n'ai constaté que chez deux sujets.

Les yeux étaient cuisants, plus ou moins douloureux chez six malades, dont trois avaient les conjonctives injectées. Quelle était la cause de la douleur chez les autres? quelle qu'elle soit, ce fait vient encore à l'appui de ce que j'ai dit plusieurs fois de la difficulté de connaître le siége et la nature de la douleur, dans beaucoup de cas.

Sans parler des éblouissements que presque tous les malades éprouvaient sitôt qu'ils se levaient ou se mettaient à leur séant, quatre d'entre eux avaient habituellement la vue trouble, ne voyaient qu'à travers un nuage, dix, douze jours après le début, et pendant un espace de temps à peu près égal avant la mort.

Quatre sujets eurent les paupières closes et fortement contractées dans les derniers jours de l'existence, au point qu'il était très difficile de les écarter mécaniquement. Cette occlusion eut lieu, quinze jours de suite, chez un malade dont le cerveau était moins injecté qu'à l'ordinaire (obs. 30). Le délire existait, à divers degrés, dans chacun des cas dont il s'agit, et la contraction des paupières était probablement moins l'effet de la sensibilité des yeux à la lumière, qu'un phénomène spasmodique, analogue aux spasmes ou à la contraction permanente des muscles des membres, qui avaient lieu chez quelques-uns des sujets qui nous occupent.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Les yeux étaient à peu près dans le même état chez les sujets qui guérirent que chez ceux qui succombèrent. Ils n'offrirent rien de remarquable dans la troisième partie des cas, ou sur dix des trente-trois individus chez lesquels je les ai examinés avec soin; ils furent plus ou moins injectés, ou d'un rose uniforme chez les autres. Cet état débutait ordi-

nairement après le dixième jour, de manière que je ne l'ai observé aux sixième et septième, que dans trois cas. — Sa durée variait de deux à huit. — Il y eut aussi des cuissons chez sept malades, dont trois avaient les conjonctives injectées. — Un autre eut la vue trouble, dans le repos du lit, dans tout le cours de la quatrième semaine de l'affection. Aucun n'offrit cette contraction permanente et difficile à vaincre des paupières, observée dans plusieurs des cas où la terminaison de la maladie a été funeste. Si d'ailleurs on se rappelle que la raideur spasmodique des membres n'eut pas lieu chez les mêmes sujets, on sera convaincu que la contraction des muscles des paupières et la raideur des bras dépendaient d'une seule et même cause, et l'on verra dans l'une et dans l'autre un signe également funeste.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes.*

Les yeux furent plus ou moins rouges et douloureux dans deux cas de péripneumonie dont la terminaison fut heureuse, aux troisième et sixième jour de la maladie. Leur état n'a pas été noté chez les autres sujets; et, tout en regrettant cette omission, on peut croire qu'elle n'a eu lieu que parceque la rougeur des yeux ou n'existait pas, ou était extrêmement légère.

§ 3.

De l'oreille.

Surdité, bourdonnements, douleurs, inflammation du conduit auditif externe.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

De trente malades chez lesquels les symptômes relatifs à l'oreille ont été notés avec soin, onze eurent des bourdonne-

ments, vingt l'ouïe plus ou moins dure, deux des douleurs d'oreille.

Les *bourdonnements* eurent lieu, dans la plupart des cas, sans dureté de l'ouïe; ils suivirent une marche croissante chez plusieurs sujets, débutèrent avec les premiers symptômes chez quatre, puis à des époques variables, plus rapprochées du début de l'affection que du terme fatal, si ce n'est chez les malades qui moururent du huitième au quinzième jour de l'affection.

La *dureté de l'ouïe* ne se manifesta chez aucun sujet avec les premiers symptômes. Elle débuta au milieu ou dans les derniers jours de l'affection, à peu près un égal nombre de fois, chez les individus qui moururent du vingtième au trentième jour. Peu prononcée d'abord, elle fesait ensuite des progrès plus ou moins rapides, et elle fut si considérable chez trois sujets, qu'il était presque absolument impossible de s'en faire entendre. L'un d'eux n'eut pas de délire.

Des *douleurs d'oreille* eurent lieu pour peu de temps, et au milieu du cours de l'affection, chez deux sujets. (Obs. 29, 45.)

Je n'ai noté d'*inflammation* manifeste du conduit auditif, ou d'écoulement purulent par le méat auditif, dans aucun cas; et je ne doute pas, néanmoins, que cet écoulement n'ait eu lieu plusieurs fois; vu que quelques-uns des sujets qui ont guéri l'ont éprouvé, et que les symptômes accessoires étaient moins fréquents et moins graves chez ceux-ci que chez les autres. On conçoit d'ailleurs comment plusieurs de ces symptômes, venant à se déclarer à une époque avancée de l'affection, au milieu d'autres accidents beaucoup plus graves, chez des malades souvent très sales, échappent à l'attention de l'observateur. Et comme cependant la connaissance exacte des maladies suppose celle de toutes les lé-

sions et de tous les symptômes qui ont lieu dans leur cours, il en résulte qu'on ne saurait donner trop d'attention à l'état des organes, quels qu'ils soient, à toutes les époques de l'affection : et c'est cette nécessité bien sentie qui me fait insister sur un point auquel je me suis déjà arrêté plusieurs fois.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Sur quarante-cinq malades dont l'affection fut *grave*, et dont l'état de l'oreille a été constaté avec soin, dix-neuf eurent des bourdonnements, trente-trois l'ouïe plus ou moins dure, sept des douleurs d'oreille, quatre un écoulement par le conduit auditif externe.

Comme chez les sujets qui succombèrent, les *bourdonnements* eurent lieu, assez fréquemment, sans que l'oreille fût dure. Ils débutèrent quelquefois avec les premiers accidents (trois fois), précédèrent la dureté de l'ouïe chez les sujets qui éprouvèrent l'un et l'autre symptôme, durèrent de quatre à vingt jours.

L'ouïe devint dure, dès le début de l'affection, chez deux sujets qui n'eurent ni plus de délire, ni plus de céphalalgie que ceux chez lesquels le même état se déclara beaucoup plus tard, c'est-à-dire du huitième au vingtième jour de la maladie. Passagère en quelque sorte, ou d'un à deux jours de durée seulement, chez quelques malades, la dureté de l'ouïe se prolongea de quatre à vingt chez les autres. D'abord peu considérable, elle le devenait successivement davantage, diminuait de la même manière, si ce n'est dans un cas où cette diminution fut rapide. Elle offrit chez plusieurs individus des alternatives d'augmentation et de diminution, sans qu'il fût possible de s'en rendre compte par des variations correspondantes dans les symptômes cérébraux,

ou dans l'état de la circulation : et elle fut si considérable, plusieurs jours de suite, chez certains sujets, qu'il était impossible de s'en faire entendre par un moyen quelconque. — La plus extrême surdité n'ajoute donc rien à la gravité du pronostic, et elle diffère beaucoup, en cela, des mouvements spasmodiques, et surtout de la raideur permanente des membres.

Des sept malades qui éprouvèrent des *douleurs d'oreille*, trois eurent aussi une inflammation manifeste du conduit auditif externe. Chez ceux-ci le début de la douleur fut assez tardif; il eut lieu du dixième au quinzième jour de l'affection chez les autres. Ordinairement passagère ou de peu de durée, cette douleur se prolongea deux semaines de suite dans un cas.

La *suppuration* n'eut lieu qu'à une époque avancée de la maladie, pas avant le vingt-deuxième jour à compter du début, et seulement aux trentième et quarantième, dans deux cas où la marche de l'affection fut très chronique. — Sa durée moyenne fut de vingt jours.

Dans un cas d'affection typhoïde, terminé par le retour à la santé, qui s'est offert à mon observation à l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, la suppuration de l'oreille droite était accompagnée de la perforation du tympan; et cette perforation, qui me fut signalée par M. le Dr. Ménière, se rencontre assez fréquemment, d'après ses recherches, dans des cas analogues. Cette lésion serait-elle encore la suite de la prédisposition à l'ulcération, si souvent signalée dans le cours de cet ouvrage, chez des sujets atteints d'affection typhoïde? Serait-elle plus fréquente chez ces malades, que chez ceux qui sont atteints d'otite dans le cours des autres affections aiguës?

L'oreille subissait donc la loi de la plupart des organes,

dont l'inflammation est plus ou moins fréquente dans le cours de l'affection typhoïde et des autres maladies aiguës.

Quant aux cas où les douleurs ne furent ni accompagnées ni suivies d'écoulement par le méat auditif, si l'on ne peut pas dire qu'il n'y eut d'inflammation dans aucun d'eux, la chose me paraît presque démontrée pour celui où ces douleurs durèrent quinze jours de suite : car comment concevoir une douleur inflammatoire de cette durée, sans suppuration ?

Les mêmes phénomènes eurent lieu chez les sujets dont l'affection fut *légère*, mais dans une proportion un peu moindre : de manière que sur vingt-quatre d'entre eux, dont l'état de l'oreille fut étudié avec soin, quatorze seulement y éprouvèrent quelques-uns des symptômes indiqués. Six eurent des bourdonnements, et l'un d'eux le premier jour de la maladie ; cinq eurent l'oreille dure, ordinairement à un degré peu considérable ; et dans un cas où cette dureté de l'ouïe dura vingt jours, elle eut lieu dès le début. — Trois sujets accusèrent des douleurs dans le méat auditif, et chez l'un d'eux elles furent suivies, après deux jours de durée, au quatorzième de l'affection, d'un écoulement de pus qui se prolongea pendant une semaine.

Ainsi, toujours mêmes lésions secondaires, proportionnées à l'intensité du mouvement fébrile, dans les divers degrés de la même maladie.

Les observations recueillies depuis la publication de mes recherches confirment les faits qui viennent d'être exposés. Ainsi, sur vingt-huit cas d'affection typhoïde observés à l'hôpital de la Pitié, M. Barth a trouvé vingt-un cas de

bourdonnements d'oreille. Il en a trouvé soixante-quatre sur cent un sujets reçus à l'Hôtel-Dieu, dans la division de M. Chomel, dans les deux dernières années; proportion un peu plus considérable que celle qui résulte de l'analyse des faits que j'ai recueillis moi-même, puisque, trente-six fois seulement sur soixante-dix-neuf cas, j'ai constaté les bourdonnements d'oreille. — Quant à la surdité, la différence est inverse; M. Barth ne l'a notée que dans huit des cas observés à la Pitié, et dans vingt-huit de ceux qu'il a vus à l'Hôtel-Dieu : différence plus apparente que réelle, sans doute, et qui tient très probablement à ce qu'il n'aura noté les cas de dureté de l'ouïe que dans ceux où elle aura été très prononcée.

La persévérance la plus complète dans l'étude des phénomènes morbides chez les *enfants*, ne peut conduire à la connaissance des phénomènes de la nature de ceux qui nous occupent, dans tous les cas où ils existent. Cependant, M. Rilliet s'est assuré de l'existence des bourdonnements d'oreille chez huit des soixante enfants qu'il a observés; et il a noté la surdité chez sept individus, rarement intense, pour peu de temps, du sixième au vingt-sixième jour de l'affection. — De son côté, M. le docteur Taupin a trouvé la surdité presque constamment double chez vingt sept sujets, et elle survenait généralement vers le milieu de la maladie.

L'otorrhée eut lieu dans sept cas observés par M. Rilliet, du dix-neuvième au trente-unième jour de l'affection; deux fois double, successivement; ordinairement par l'oreille gauche, et toujours dans des cas graves; de manière, cependant, qu'un seul des sujets dont il s'agit a succombé.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri.*

Un *péripneumonique* eut des bourdonnements d'oreille du premier au troisième jour de l'affection. — Je n'en ai point trouvé d'exemples chez les sujets atteints de *variole*. Il y eut un écoulement de pus par le méat auditif, dès le quatrième jour de la maladie, dans un cas de *scarlatine*. — Un individu affecté de *rougeole* eut des bourdonnements. — Ils furent beaucoup plus communs dans le cours de l'*angine gutturale ;* tellement que dix-sept des trente-neuf sujets affectés de cette maladie eurent des douleurs d'oreilles : ce qui tenait probablement au voisinage de l'affection principale. Et si ces douleurs ont manqué dans la rougeole et dans la scarlatine, où l'angine est si fréquente, c'est sans doute parce que celle-ci est plus légère alors que quand elle existe comme affection principale. — Il est remarquable d'ailleurs qu'il n'y eut d'inflammation manifeste, reconnaissable à l'écoulement du pus par le méat auditif, que chez un des dix-sept sujets dont il s'agit. Et ce fait me semble une nouvelle preuve de la liaison qui existe entre le mouvement fébrile et l'inflammation de l'oreille; puisque, malgré le voisinage de la maladie principale, la proportion des cas d'otite est beaucoup moindre ici que chez les sujets atteints d'affection typhoïde grave. — Un des individus malades de *rhumatisme* eut l'ouïe dure, un autre une otite externe, à une époque éloignée du début. — Des bourdonnements et des douleurs d'oreille eurent lieu dans deux cas de *catharre pulmonaire ;* des bourdonnements chez un des quatre-vingt-quatre sujets atteints d'*entérite* proprement dite. De manière que plus nous avançons dans l'étude des symptômes, plus nous voyons

clairement qu'aucune maladie ne diffère davantage de l'affection typhoïde (le nombre des selles excepté) que l'entérite.

§ 4.

De la peau.

Taches roses, lenticulaires ; sudamina, érysipèle, éruptions variées, plaies des vésicatoires.

1° Taches roses, lenticulaires.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

J'ai observé cette éruption dans vingt-six des trente-cinq cas où je l'ai recherchée, sans pouvoir dire qu'elle n'ait pas eu lieu dans quelques autres; plusieurs des sujets dont il s'agit étant venus à l'hôpital après le vingt-quatrième jour de l'affection, à une époque où les taches avaient peut-être disparu.

Elles étaient en petit nombre chez les trois quarts des malades (dix-huit sur vingt-six) ; et alors on les trouvait disséminées sur l'abdomen et sur la poitrine. Quelquefois même elles étaient bornées au ventre où l'on n'en voyait que cinq à six chez certains sujets. Plus ou moins nombreuses, elles avaient lieu non-seulement à la poitrine et à l'abdomen, mais aussi, dans quelques cas, aux membres ; et dans l'un d'eux j'en ai trouvé à la face. Elles existaient à la partie postérieure du tronc chez deux malades dont j'ai examiné le dos, et l'on peut croire, par là, qu'elles n'y étaient peut-être pas moins fréquentes qu'à la partie antérieure du corps. — On en trouvait presque toujours davantage sur l'abdomen que sur la poitrine.

Dans les cas où elles étaient nombreuses, on les voyait se développer successivement, dans l'espace de trois, qua-

tre, cinq jours, et quelquefois plus. Elles disparaissaient aussi par degrés, rarement à la fois et promptement, et leur couleur rouge pâlissait chaque jour davantage. Là où elles étaient rares on les voyait s'effacer après deux jours de durée, pour être remplacées par d'autres qui ne disparaissaient pas moins rapidement. Et, si j'en excepte deux sujets, leur largeur restait toujours la même.

Leur début variait. Chez trois individus qui se sont offerts à mon observation, les quatrième et cinquième jour de la maladie, elles ne se montrèrent pas avant les sixième et septième; elles existaient au huitième chez six sujets observés, pour la première fois, à cette époque. Je ne les vis se développer que du neuvième au onzième jour dans plusieurs cas, et, dans un autre, au trente-cinquième seulement (obs. 14). Elles existaient au moment de l'admission de la plupart des individus qui furent conduits à l'hôpital après le dixième jour de la maladie; en sorte que, pour eux, il n'est pas possible de savoir à quoi s'en tenir, relativement à l'objet qui nous occupe. Mais on ne s'éloigne sans doute pas beaucoup de la vérité, en admettant que l'éruption des taches roses, lenticulaires eut lieu, du sixième au neuvième jour de l'affection, dans la moitié des cas.

Quelques circonstances étrangères à la maladie, un bain, par exemple, paraissent susceptibles de favoriser le développement de ces taches. C'est du moins ce que l'observation suivante permet de soupçonner.

XXXVIIIe OBSERVATION.

Céphalalgie, douleurs contusives dans les membres, fièvre; au cinquième jour, diarrhée, délire violent, continuel ensuite; raideur spasmodique des membres; éruption abondante de taches roses, lenticulaires, à la sortie du bain; mort au *onzième jour*. — Plaques

elliptiques de l'iléum épaissies, dures, ulcérées ou non ulcérées; glan des mésentériques correspondantes volumineuses, rouges et ramollies; conduit cystique oblitéré, etc.

Un garçon, âgé de seize ans, bien développé, d'une constitution assez forte, à Paris depuis trois moi fut conduit à l'hôpital de la Charité, le 12 novembre 1822, dans un délire violent. M. le docteur Hervez de Chegoin qui lui avait donné des soins, me dit qu'il était malade depuis huit jours, que l'affection avait débuté par des maux de tête, des douleurs contusives dans les membres et dans les lombes, une fièvre assez forte, qu'il y avait du délire et du dévoiement depuis trois jours. Dans la nuit du 12 au 13 le délire fut violent, le malade poussa des cris, accabla les sœurs d'injures. Le 13, à l'heure de la visite, il répondait à ceux qui lui demandaient son nom qu'il ne le savait pas; ses paroles étaient presque constamment d'ailleurs inintelligibles, l'ouïe paraissait fine, la physionomie n'offrait rien de remarquable, les lèvres et les dents étaient sèches, la langue brune et rugueuse, le ventre météorisé, insensible à la pression; le pouls petit et serré, à cent vingt-trois; la respiration courte, à quarante-quatre; la toux rare, le bruit respiratoire mêlé de râle sec et sonore, des deux côtés de la poitrine et en arrière. Le malade refusait souvent de boire, et on remarquait *quelques* taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen. (*Orge ed.*; *petit-lait tamar.* bis; *lav. lin* bis; *vésic. aux jambes.*)

Le delire continua, il n'y eut pas de selles dans la journée, et, dans la nuit, le malade fit de continuels efforts pour sortir du lit. Le 14 : persistance du délire, front plissé; le malade s'oppose à ce qu'on l'examine, frappe ceux qui veulent lui tâter le pouls, *grogne* dès qu'on le touche dans quelque partie du corps que ce soit; l'urine est involontaire.

Le 15, aucun changement appréciable. — On ordonne un bain.

Le malade y fut très agité ; je le vis comme on l'en sortait, et alors sa peau était généralement injectée ; les taches typhoïdes, ou lenticulaires, rares avant le bain, étaient extrêmement nombreuses, confluentes dans plusieurs points, répandues sur tout le tronc et même sur les membres.

Il y eut quelques selles dans la journée, et beaucoup d'agitation pendant la nuit. Le 16, au matin, cette agitation était continuelle, la figure décolorée, les bras raides, l'éruption aussi abondante que la veille, mais d'une couleur moins vive ; le pouls était extrêmement faible, de manière à ne pouvoir pas en compter les battements ; et à onze heures et demie, une heure après avoir quitté le malade, il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-UNE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Vergetures nombreuses en arrière et sur les côtés du corps, raideur cadavérique considérable ; muscles fermes, non poisseux. — Glandes inguinales rouges et volumineuses.

Tête. Traces d'infiltration sous-arachnoïdienne ; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux ; six dans les fosses occipitales inférieures. Cerveau ferme et très injecté.

Cou. Glandes cervicales rouges et volumineuses, sans ramollissement marqué. Larynx dans l'état naturel. Membrane muqueuse de la trachée-artère rouge, inférieurement, d'ailleurs saine.

Poitrine. Deux cuillerées de sérosité claire dans le péricarde. Cœur et aorte dans l'état naturel : beaucoup de sang.

liquide dans l'aorte. — Poumons libres, d'un rouge assez vif, d'ailleurs sains, sauf le lobe inférieur droit qui était lourd, dense, difficile à déchirer, entièrement privé d'air, non grenu, d'un rouge-brun, et contenait très peu de liquide. — Les bronches étaient de la même couleur que les parties du poumon auxquelles elles répondaient, minces et saines.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel. — L'estomac avait un médiocre volume. Sa membrane muqueuse était rouge autour du cardia, légèrement nuancée de rose ailleurs, un peu mamelonnée dans la plus grande partie de son étendue, non épaissie, un peu ramollie dans le voisinage du pylore, dans la longueur de 80 millimètres. — Le duodénum n'offrait rien de remarquable. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était injectée et un peu épaissie dans quelques points, généralement ramollie à un médiocre degré ; elle offrait, dans le voisinage du cœcum, dans la longueur d'un mètre, des plaques elliptiques placées à l'opposite du mésentère, plus ou moins rouges et inégales, de 27 à 65 millimètres, dans leur grand diamètre, de 3 millimètres, un peu plus ou un peu moins, d'épaisseur. La muqueuse était détruite sur quelques-unes de ces plaques, dans une petite étendue, épaissie et ramollie dans le reste, de manière à ne pouvoir être enlevée par traction. Au-dessous de cette membrane se trouvait une matière homogène, blanchâtre, jaunâtre, ou nuancée de rose, développée dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; ce dont il était facile de se convaincre au pourtour des plaques, où l'on voyait ce tissu se bifurquer pour recevoir, dans l'écartement de ses lames, la matière indiquée. La surface des plaques, non ulcérées, était inégale, comme l'enveloppe ligneuse des amandes sèches ; ce qui provenait de l'élargissement des orifices des cryptes. — La membrane muqueuse du gros intestin était dans l'état

naturel, à part quelques points du colon droit et de la réunion du gauche avec le transverse, où elle était rouge, ramollie et épaissie par petites taches, plus ou moins étroitement ulcérée. — Les glandes mésentériques avaient généralement un volume considérable, surtout dans le voisinage du cœcum où elles étaient rouges et très ramollies. Quelques-unes des mésocolites étaient aussi le siége de la même altération. —Le foie était sain, la vésicule biliaire très distendue par un liquide de la couleur et la consistance de l'urine; le conduit cystique était oblitéré, à 15 millimètres du col de la vésicule, et transformé, dans la portion oblitérée (longue de 18 millimètres), en une matière cartilagineuse. — La rate était au moins triplée de volume; — le reste sain.

Si l'on se rappelle qu'avant le bain les taches roses, lenticulaires, étaient assez rares, qu'elles étaient très nombreuses au moment où le malade en sortit; si j'ajoute que cette éruption était plus abondante ici que dans aucun des cas où je l'ai observée, on ne pourra guère se refuser à croire, comme je l'ai annoncé, qu'elle ait été provoquée, en grande partie, par l'action du bain.

D'ailleurs, bien que je n'aie pas recherché si le malade avait eu ou non des douleurs de ventre, il n'en est pas moins évident qu'ici encore l'affection a suivi sa marche accutumée, et que, suivant toutes les probabilités, l'intestin grêle était le point de départ de tous les symptômes. En effet, les lésions de cet organe étaient profondes et déjà anciennes, lors de l'autopsie, très certainement antérieures au début de la diarrhée, puisque celle-ci n'existait que depuis six jours, lors du terme fatal, et que, dans aucun des cas où l'intestin grêle a été indubitablement le point de départ, on n'a observé d'ulcérations de ses plaques après un

espace de temps si court. D'un autre côte, si le début de la diarrhée devait être considéré, dans le cas actuel, comme étant le même que celui de l'altération des plaques de Peyer, il faudrait aussi admettre que les taches existaient au quatrième jour de l'affection de l'iléum ; c'est-à-dire plutôt que je ne l'ai observé, dans aucun des cas où le début des premiers symptômes coïncidait évidemment avec celui de l'altération des plaques elliptiques de Peyer.

La marche de la maladie étant bien déterminée, on peut se demander si l'état des organes rend suffisamment compte de la mort ; car aucune des lésions observées n'était extrêmement grave. Le nombre des plaques altérées de l'intestin grêle n'était pas très considérable, la muqueuse intermédiaire n'était pas très ramollie : celle de l'estomac n'était pas profondément alterée, et celle du gros intestin, sauf quelques points rouges ulcérés ou non ulcérés, était saine. Mais si la membrane muqueuse de l'intestin grêle était peu ramollie, elle l'était dans toute sa longueur, et elle était épaissie dans un assez grand nombre de points : le ramollissement et l'état mamelonné de la muqueuse gastrique avaient lieu dans une étendue considérable : la rate, si elle n'était que médiocrement ramollie, était très volumineuse : et si l'on remarque que toutes ces lésions se sont opérées en fort peu de temps, on pourra trouver, dans leur réunion, une cause suffisante de mort.

C'est ici d'ailleurs le cas de se rappeler ce qui a été dit au sujet des fonctions cérébrales et du délire en particulier. Bien qu'on ne puisse en trouver la cause matérielle dans quelques lésions appréciables du cerveau, il faut néanmoins en tenir compte dans la recherche des causes qui ont amené la mort ; le trouble d'une fonction importante ayant à peu

près le même effet, quelle qu'en soit la source, quand il est profond.

L'habitude de considérer comme critiques, beaucoup de phénomènes accessoires qui se développent dans le cours des maladies aiguës, fera peut-être attribuer le même caractère aux taches roses, lenticulaires, dont il s'agit. Ce serait, toutefois, porter bien loin le respect pour l'usage; ces taches ayant ordinairement lieu à une époque assez voisine du début, loin de celle où la maladie doit se terminer heureusement ou malheureusement, quand elle n'est pas encore à son état, comme on dit; ou seulement au début de cette période. Évidemment, les taches roses, lenticulaires, ont tous les caractères des symptômes secondaires étudiés jusqu'ici; elles offrent, comme eux, beaucoup de variations relatives à leur nombre, à leur début, à leur durée; de manière qu'il n'est pas possible de les considérer sous un autre point de vue. Seulement, à raison de leur fréquence extrême dans l'affection typhoïde, il faut reconnaître qu'elles ont ici quelque chose de spécifique, plus encore que les altérations de la rate, qui ne sont pas propres à l'affection qui nous occupe spécialement.

2° *Chez les sujets atteins d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Tous les sujets, hors trois, dont l'affection fut *grave* (cinquante-sept), et qui ont guéri, eurent des taches roses, lenticulaires. Il est d'ailleurs digne de remarque que deux de ces trois sujets n'arrivèrent qu'aux quatorzième et quarantième jour de l'affection, c'est-à-dire à une époque où les taches avaient peut-être disparu; et que chez l'autre je ne les ai cherchées que du septième au onzième jour de la maladie, après lequel l'éruption se manifeste encore assez

souvent. De manière qu'on peut se demander si l'exception indiquée ne serait pas plus apparente que réelle; et avec d'autant plus de raison, que cette éruption eut lieu dans tous les cas où l'affection typhoïde fut légère.

Comme chez les sujets qui ont succombé, on n'observait, dans quelques cas, qu'un petit nombre de taches, cinq à six sur la poitrine et sur l'abdomen, soit simultanément, soit successivement. Dans d'autres, au contraire, l'éruption était fort abondante. Elle avait ce caractère chez douze sujets; dont trois offraient aussi des taches roses, lenticulaires, aux membres, dans le voisinage du tronc.

Le développement de l'éruption était successif, sa disparition souvent très lente, sa durée moyenne huit jours et demi; les termes extrêmes de cette durée trois et quinze jours. Ce dernier fait montre qu'il n'est pas nécessaire, pour s'assurer de l'existence ou du défaut des taches lenticulaires, d'observer la surface du corps tous les jours, qu'on peut se borner à faire cet examen trois à quatre fois la semaine, avec la certitude que l'éruption n'échappera pas, si elle a lieu.

Le début de l'éruption des taches roses, lenticulaires, était sensiblement le même ici et dans les cas où l'issue de la maladie avait été funeste; deux fois je les ai observées au sixième jour de l'affection, trois fois au septième; chez la troisième partie des individus, au dixième. L'éruption débuta du vingtième au trentième jour chez dix sujets.

Elle eut lieu, comme je le disais tout à l'heure, dans tous les cas où l'affection fut *légère;* et ce fait n'est pas seulement l'indice que les taches dont il s'agit ont lieu chez tous ou presque tous les sujets atteints de l'affection qui nous occupe, il montre encore que leur cause est spéciale, différente de celle qui préside au développement des autres

phénomènes secondaires ; la fréquence et la gravité de ceux-ci étant proportionnées à la gravité de la maladie et au mouvement fébrile.

Le début, l'abondance et la durée de l'éruption ne variaient pas moins d'ailleurs chez les malades dont il s'agit, que dans les cas précédents. Je ne l'ai observée qu'une fois au sixième jour de l'affection, une fois le neuvième, trois fois le dixième, deux le onzième ; terme moyen à une époque de la maladie un peu plus avancée que dans les cas où les symptômes étaient graves. — Les termes extrêmes de sa durée étaient trois et dix-sept jours ; le terme moyen sept. C'est-à-dire qu'ils étaient à peu de chose près les mêmes que dans les cas graves.

Il ne m'est arrivé que bien rarement, depuis dix années, de ne pas trouver de taches roses, lenticulaires, dans le cours de l'affection typhoïde. Cependant cette éruption a manqué trois fois sur trente cas de cette maladie observés à la Pitié, dont j'ai rendu compte dans mes conférences cliniques, chez des sujets observés tous les jours avec exactitude, à compter des septième, huitième et quinzième de l'affection. Elle a manqué deux fois sur vingt-quatre malades observés avec non moins d'exactitude, à l'Hôtel-Dieu, dans ces derniers temps. J'ajoute que la durée et le début de l'éruption n'ont pas moins varié dans ces deux groupes de faits que dans les précédents ; que, dans un cas, les taches roses, lenticulaires, ont paru dès le cinquième jour de la maladie ; que, dans un autre, elles ont persisté pendant vingt-cinq ; termes extrêmes que je n'ai pas vu dépassés depuis.

Dans l'*enfance*, les taches roses, lenticulaires, ne sont pas moins fréquentes que chez l'adulte ; ainsi, sur cent vingt-un

cas d'affection typhoïde observés dans le premier âge, M. Taupin n'a vu manquer cette éruption que onze fois, et parmi ces cas s'en trouvent trois relatifs à des sujets qui vinrent à l'hôpital trois semaines et plus après le début de l'affection, chez lesquels, par conséquent, les taches avaient bien pu disparaître. M. Rilliet ne les a observées que dans les deux tiers des cas, sans dire si cela tenait, comme cela est très probable, à l'arrivée tardive des petits malades à l'hôpital.

Quant au début de l'éruption, il paraît un peu plus rapproché de celui de la maladie dans l'enfance, au moins dans la généralité des cas, que dans un âge plus avancé. Ainsi, suivant M. Rilliet et M. Taupin, ce début a généralement lieu du quatrième au huitième jour de l'affection, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard. De manière que M. Taupin assure avoir observé les taches typhoïdes chez quelques enfants, dès le deuxième jour de la maladie.

Disparaissant quelquefois après un ou deux jours de durée, ces taches ne persistaient pas au-delà de huit jours, dit M. Rilliet, chez les petits malades soumis à son observation.

Le même médecin assure que cette éruption est généralement peu abondante dans le premier âge de la vie; que néanmoins elle était considérable chez quatre des sujets soumis à son observation, au point que chez l'un d'eux elle revêtit le caractère d'un exanthème général. Des faits semblables ont été observés par M. Taupin, qui rapporte que chez trois de ses malades l'éruption fut considérable; qu'on crut, pendant trois jours, à l'existence d'une variole confluente. Faits précieux, et qui montrent avec beaucoup d'autres combien la réserve est nécessaire dans le diagnostic de quelques maladies aiguës à leur début.

M. Taupin n'a jamais rencontré les taches lenticulaires

que chez les enfants atteints d'affection typhoïde; et il assure que si M. Becquerel les a vues plusieurs fois dans le cours de la méningite, il ne les a constatées, lui, dans aucun cas de cette espèce, bien qu'il en ait observé plus de deux cents.

2° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïde.*

Je n'ai, malheureusement, examiné la surface du corps des sujets affectés de ces maladies, que dans un petit nombre de cas; mais comme les résultats numériques ont toujours leur importance, voici ce que j'ai observé relativement à l'éruption qui nous occupe. De cinquante sujets atteints de péripneumonie, d'angine, de diarrhée, de rhumatisme, de catarrhe pulmonaire, de fièvre d'accès, de pleurésie, de gastro-entérite, d'embarras gastrique, et chez lesquels j'ai recherché l'existence de l'éruption, douze, ou un peu moins de la quatrième partie, offraient des taches roses, lenticulaires, à une certaine époque de l'affection. Ces cas étaient distribués de la manière suivante : un sur deux péripneumoniques qui succombèrent; deux sur douze diarrhéiques, un sur trois rhumatisants, trois sur huit sujets atteints de catarrhe pulmonaire, un sur quatre de ceux qui eurent une gastro-entérite; quatre sur dix individus qui offrirent les symptômes de l'embarras gastrique plus ou moins prolongé. — L'éruption fut très peu abondante dans ces douze cas.

Ces derniers faits, il faut que je le dise, ne doivent pas inspirer une entière confiance au lecteur; car, depuis la publication de cet ouvrage, j'ai vainement cherché les taches dont il s'agit, chez nombre de malades atteints d'affections aiguës autres que l'affection typhoïde; et je présume

qu'étant moins familiarisé, il y a dix ans, avec les taches typhoïdes, qu'aujourd'hui, j'aurai confondu de simples papules avec l'éruption qui nous occupe; ce qui explique la contradiction apparente que je viens de signaler. C'est, au reste, une question à étudier de nouveau.

2° Des sudamina.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Ces vésicules, formées par l'accumulation d'un liquide incolore et transparent, sous l'épiderme, avaient une forme et des dimensions variées. Petites, ou de la largeur d'un demi à 2 millimètres, elles étaient arrondies; plus larges, ou de 3 à 4 millimètres dans leur grand diamètre, quelquefois plus, elles étaient oblongues, comme les larmes dont elles avaient tout l'aspect quand leurs dimensions étaient considérables. — Généralement plus nombreuses au cou et dans le voisinage de l'articulation scapulo-humérale que partout ailleurs, elles couvraient une grande partie du corps dans un cas où elles étaient fort aplaties; et, dans ce cas, l'épiderme s'enlevait par le plus léger frottement dans leur intervalle, comme cela arrive quelquefois sur le cadavre de certains sujets, de ceux qui ont succombé à quelque maladie éruptive principalement (obs. 16).

Les sudamina ne furent pas, à beaucoup près, dans un rapport constant avec les sueurs: ils étaient quelquefois en raison inverse de celle ci, nombreux quand elles avaient été peu abondantes, et réciproquement. Les sueurs n'étaient donc pas la circonstance la plus importante de celles qui concouraient à leur développement; en sorte qu'il faut admettre qu'ils tiennent à un état de la peau, non encore ap-

précié jusqu'ici. Sous ce point de vue les sudamina me semblent un fait de beaucoup d'importance dans l'histoire de l'affection typhoïde. Par une fatalité que je ne saurais assez regretter, je ne les ai recherchés que chez neuf sujets, dont six seulement, ou les deux tiers, m'en ont offert une plus ou moins grande quantité. Et néanmoins cette proportion, tirée d'un si petit nombre de faits, est bien probablement, comme on le verra tout à l'heure, celle que donnerait encore l'examen d'un nombre de faits plus considérable.

La durée des sudamina variait de trois à dix jours. — Je ne les ai observés, avant le douzième de l'affection, dans aucun cas.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Les sudamina eurent lieu chez quatorze des vingt-un sujets dont la maladie fut *grave*, et chez lesquels j'ai recherché leur existence avec soin; c'est-à-dire dans la même proportion que chez ceux qui succombèrent. Comme chez ceux-ci, je ne les ai pas observés avant le douzième jour de l'affection; ils étaient tantôt rares, tantôt nombreux. Deux fois je les ai vus couvrir la plus grande partie de la surface du corps; et, dans leur intervalle, l'épiderme s'enlevait par le moindre frottement, laissant à nu le derme humide, avec une faible nuance rose, bientôt plus vive. Enfin, comme chez les sujets qui ont succombé, les sudamina n'étaient pas non plus dans un rapport constant avec les sueurs, à beaucoup près.

La proportion des cas dans lesquels il y eut des sudamina était encore la même chez les sujets dont l'affection fut *légère*. Huit, sur treize, en offraient un plus ou moins grand

nombre; mais ils ne furent très multipliés chez aucun d'eux. Chez aucun aussi on ne put enlever l'épiderme, dans leur intervalle, avec la facilité dont il a été question tout à l'heure. Cette différence, bien que légère, me semble venir à l'appui de ce que j'ai dit sur la condition principale du développement des sudamina, une altération inconnue de la peau, qui doit être plus développée dans les cas où l'affection est grave, que dans ceux où elle est légère.

De ce que les sudamina sont aussi fréquents dans les cas où la maladie est légère, que dans ceux où elle est grave, faut-il en conclure que cette éruption a, comme celle des taches roses, lenticulaires, quoique à un moindre degré, quelque chose de spécifique dans l'affection typhoïde?

Je n'ai pas observé moins fréquemment les sudamina, chez les sujets atteints d'affection typhoïde, depuis dix années, qu'auparavant, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à la Pitié. Sur quatre-vingt-dix-huit cas dans lesquels ils ont été recherchés par M. Barth ou par moi, dans ces deux hôpitaux, soixante-seize sont l'exemple d'une éruption plus ou moins considérable de ces petites vésicules; et, dans ces cas comme dans ceux qui précèdent, il n'y eut pas, il s'en faut de beaucoup, proportion entre l'abondance des sudamina et celle des sueurs; de manière que celles-ci étaient quelquefois très peu abondantes chez les sujets qui offraient une éruption confluente de sudamina.

Les sudamina ne sont pas moins fréquents dans *l'enfance* qu'après quinze ans. M. Rilliet les a rencontrés dans les deux tiers des cas, et M. Taupin, sur cent quatre des cent vingt-un sujets dont il a recueilli l'histoire, tantôt discrets, tantôt confluents. — Suivant M. Taupin, les sudamina se dévelop-

pent à peu près indistinctement à toutes les époques de l'affection typhoïde des enfants, le plus ordinairement néanmoins à la fin. Suivant M. Rilliet, c'est du dixième au vingtième jour qu'ils apparaissent ; de manière qu'il ne les a observés qu'une fois le cinquième, deux fois le septième, une fois le huitième, et après le vingtième jour dans trois cas.—La durée de cette éruption, chez les enfants, est, d'après M. Rilliet, d'un à six jours.

La *desquamation* de l'épiderme eut lieu, dans une étendue variable, dans quelques cas d'affection typhoïde grave, heureusement terminée, même chez des malades qui n'eurent point de sudamina.—Comme ceux-ci, cette desquamation indique sans doute une altération antérieure de la peau, et je regrette beaucoup de ne pas l'avoir recherchée plus souvent.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes.*

De quarante sujets qui eurent des transpirations abondantes, et chez lesquels les sudamina ont été recherchés avec soin, trois seulement m'en ont offert; un sur six malades atteints d'entérite, deux sur cinq qui eurent la scarlatine. Les affections dans le cours desquelles je n'en ai point observé sont les fièvres d'accès, le cararrhe pulmonaire, la péripneumonie, etc.

Si l'on ne peut pas avancer que les sudamina soient propres à l'affection typhoïde, au moins est-il vrai de dire qu'ils sont beaucoup plus communs dans son cours que dans celui des autres affections aiguës; et la rareté des sudamina chez des sujets atteints de ces maladies, et qui avaient eu des sueurs copieuses, confirme les précédentes inductions sur la condition la plus importante du développement des sudamina.

Un fait observé dernièrement par moi, à l'hôpital Beaujon, donne un nouveau degré de certitude à ces inductions qui ne sont, malgré l'assertion contraire d'un contemporain, que l'expression des faits. Je veux parler d'un homme d'une quarantaine d'années, d'une constitution assez forte, qui fut pris, au milieu de l'été, d'un érysipèle au bras droit, qui se termina par suppuration. Cet érysipèle parcourut successivement le dos, la poitrine, les membres supérieurs et inférieurs, et enfin la tête. Arrivé sur les parties latérales du tronc, il était précédé, dans les parties qui allaient en être le siége, par des sudamina d'un volume médiocre (1 ou 2 millimètres de large) assez nombreux. Mais, au moment où l'érysipèle abandonna la poitrine et la tête, ces parties furent couvertes, du jour au lendemain, après une sueur *assez légère*, d'énormes vésicules, remplies d'un liquide transparent, incolore, sans rougeur aucune à leur pourtour, ayant tout à fait le caractère des sudamina; dont plusieurs étaient plus larges que l'extrémité du pouce et communiquaient largement entre elles; de manière qu'on faisait refluer, sans peine, la sérosité qu'elles contenaient, des unes dans les autres. Il y avait à peine quelques points de la face antérieure de la poitrine dont l'épiderme ne fut pas soulevé, et le moindre frottement de l'extrémité du doigt suffisait pour l'enlever, comme cela a lieu dans quelques cas graves de fièvre typhoïde. Comment ne pas voir, dans le fait dont il s'agit, la preuve que l'état particulier de la peau, indépendamment des sueurs, a une grande influence sur le développement du sudamina?

Un autre fait rend cette assertion plus évidente encore, s'il se peut; c'est que dans la suette miliaire, les sudamina, si l'on en croit les observations recueillies par M. Rayer, sont rares.

3° De l'érysipèle.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

L'érysipèle eut lieu chez six sujets, et l'inflammation se propagea rapidement, chez quatre d'entre eux, au tissu cellulaire sous-cutané.— Quatre succombèrent du vingt-quatrième au trentième jour de l'affection, deux au-delà.

L'érysipèle fut peu considérable, disparut après deux jours de durée, dans deux cas. — Le nez en fut le siége exclusif, du dixième au vingt-unième jour de l'affection, dans l'un; dans l'autre, l'inflammation passa du nez à l'un des genoux, et elle les occupa successivement, pendant vingt-quatre à trente-six heures (obs. 19). Il n'y en avait pas de traces à l'ouverture du cadavre, bien que la mort en eût suivi le développement de très près.

Dans les cas où l'érysipèle fut grave, il se manifesta quatre, dix et vingt-huit jours avant le terme fatal.— Il eut une marche très rapide chez un sujet dont je vais donner l'histoire, et se termina par gangrène chez un autre, comme nous l'avons vu antérieurement. — Les symptômes généraux offrirent peu de changement à son début : des frissons eurent lieu dans un cas (obs. 39), un peu de délire dans un autre : le pouls devint plus accéléré qu'auparavant chez un sujet (obs. 16).

XXXIXe OBSERVATION.

Frissons, anorexie, nausées, soif, épistaxis, diarrhée au début; puis, affaissement, météorisme, retour de l'épistaxis, augmentation de l'affaissement; plus tard, frissons, délire, érysipèle à la jambe et à la cuisse droites; mort au *vingt-huitième jour*. — Érysipèle phlegmoneux de la cuisse et de la jambe droites; plaques elliptiques de l'i-

léum grisâtres, rougeâtres et bleuâtres, ulcérées ou non ulcérées; glandes mésentériques correspondantes de même couleur, médiocrement volumineuses et ramollies, etc.

Un garçon de bureau, âgé de vingt-trois ans, un peu maigre, d'une taille asssez haute, d'un caractère vif, fut admis à l'hôpital de la Charité le 23 décembre 1823. A Paris pour la troisième fois, depuis six semaines, il n'y était venu qu'avec répugnance, y ayant toujours été un peu malade. Il avait presque constamment la diarrhée depuis plus d'un mois, se disait souffrant, et gardait le lit depuis douze jours, ayant déjà des maux de tête, depuis quelque temps, à cette époque.

Au début: frissons, épistaxis abondante, anorexie, nausées, augmentation de la soif, déjà plus forte que de coutume depuis cinq semaines. Le mal de tête diminua peu à peu, l'épistaxis se renonvela plusieurs fois, toujours considérable, et il en fut de même des frissons. Il y eut des douleurs à l'épigastre, des coliques dès le premier jour; et, dans les six derniers, un peu de toux, des crachats sanglants, quelques douleurs de gorge, de la gène dans la déglutition. L'assoupissement fut presque continuel dès le début.

Le 24: affaissement, décubitus, tantôt latéral, tantôt dorsal, mémoire débile; et néanmoins les détails qui précèdent, et qui m'avaient été donnés par le malade, furent confirmés par son père, le lendemain; réponses extrêmement lentes, arrachées pour ainsi dire; assoupissement dès que l'attention cesse d'être soutenue par des questions; ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres; langue un peu rouge à la pointe, nette et presque sèche; soif vive, déglutition facile, encore qu'il y ait des douleurs de gorge avec tension et rougeur au voile du palais; ventre légèrement météorisé, épigastre sensible à la pression; deux selles;

pouls petit, faible, à quatre-vingt-quatre ; chaleur peu élevée, douce : quelques crachats peu aérés, d'un rouge noir ; toux rare, bruit respiratoire naturel. (*Pot. gomm.* ; *orge av. sir. tart.* bis. ; *infus. de kk.* ; *lav. de kk. camph.*)

L'assoupissement fut médiocre, et il y eut des épistaxis assez copieuses dans la journée. Le 25 : même lenteur dans les réponses, un peu moins d'accablement que la veille, constipation, pouls à quatre-vingt-douze ; pas d'autres changements. (*Deux vesic. aux jambes.*)

Du 26 au 29 l'abattement augmenta, le malade ressemblait, pour ainsi dire, à un corps inerte ; la somnolence fut presque continuelle, il y eut des épistaxis, et la lèvre supérieure fut épaisse et tendue. Les 27 et 28, les selles augmentèrent, et il y en eut neuf dans la journée du 28 ; la soif fut vive, la langue presque naturelle, le ventre plat et indolent, le pouls médiocrement accéléré, la chaleur forte. Il y avait des taches roses, lenticulaires, un peu saillantes sur l'abdomen, le 26 ; elles firent des progrès les jours suivants.

L'infusion de quinquina fut supprimée le 30, et il y eut douze selles dans la journée. Le 31 : affaissement médiocre, exercice de l'intelligence incomplet, pouls petit et faible, à cent ; chaleur peu élevée ; langue humide. (*Infus. de kk. id.* bis. ; *pot. av. vin et sir. de kk. aa* 60 *grammes et sulf. de k.* 2 *grammes* ; *fom. d'alk. camph.* ; *vésic. au cou.*)

L'abattement fut un peu moindre du 1er au 3 janvier. Le malade ne prit que moitié de sa potion le jour où elle lui fut prescrite, et cette potion excita des nausées, puis quelques vomissements. La langue fut blanche le 1er jour, rouge et sèche les 2e et 3e : le ventre toujours indolent, les selles au nombre de six à huit dans la journée ; le pouls petit et faible, à cent vingt, puis à cent six.

Le 3 : air de malaise et de dégoût, nulles douleurs, lèvre,

supérieure toujours tendue et épaisse, langue rouge, sèche et râpeuse, bruit respiratoire naturel; légère excoriation au grand trochanter droit, rougeur vive à la région du sacrum. *(Suppression des amers; trois tasses de vin.)*

Dans la journée; frissons et tremblements, selles nombreuses; le 4, aucun changement, même absence de douleurs.

Il y eut, par intervalles, un peu de délire et d'agitation le jour et la nuit. Le 6 : expression de dégoût, rougeur au genou droit et dans son voisinage, à la partie externe de la cuisse, avec une légère augmentation de son volume, sans tension bien marquée de la peau; nulle douleur dans cette partie; pouls à cent vingt-huit, respiration médiocrement fréquente.

La soif fut très vive, il y eut une selle involontaire pendant la nuit. Le 7, au matin, j'observai de la somnolence et de la raideur au bras gauche; le ventre était très météorisé; le reste comme la veille. *(Bain de six minutes.)*

Le malade se trouva bien au bain et eut du délire toute la nuit. Le 8, ses traits étaient affaissés, sa figure pâle, ses bras raides, le gauche principalement; la rougeur du genou droit s'étendait à une grande partie de la cuisse et de la jambe correspondantes; la langue était humide, le pouls très accéléré; un peu de râle sonore existait du côté gauche de la poitrine, à sa partie postérieure.

Le 9, la parole était inintelligible, la cornée transparente couverte d'un enduit muqueux; le pied droit, la jambe et la cuisse du même côté étaient bleuâtres; l'épiderme de ces parties était soulevé dans plusieurs points, enlevé dans d'autres; la couleur bleuâtre, circonscrite dans une assez grande étendue, par une couleur rouge.

Le malade mourut le soir, à six heures, sans avoir pu dire un mot à ses parents qu'il parut reconnaître cependant.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Tout le membre abdominal droit était plus ou moins augmenté de volume, plus ou moins rouge et livide, dépouillé d'épiderme dans plusieurs points ; la peau en était épaissie et durcie. A la partie externe de la cuisse et de la jambe droites, le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré d'une sérosité roussâtre et purulente. Au pied, l'infiltration était sanguinolente et sans pus. La peau correspondante au vésicatoire de la cuisse droite était amincie et grenue ; elle était détruite à gauche, dans la plus grande partie de la plaie du vésicatoire. — Les glandes inguinales droites étaient volumineuses, rougeâtres, et offraient quelques points purulents.

Tête. L'arachnoïde était parfaitement saine ; on trouvait une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, trois dans les fosses occipitales inférieures. La pie-mère était sans injection ; le cerveau dans l'état naturel.

Cou. Le pharynx, l'épiglotte, le larynx et la trachée-artère n'offraient rien de remarquable.

Poitrine. Il n'y avait ni épanchement, ni adhérences entre les poumons et les plèvres ; une fausse membrane jaune, molle, peu étendue, existait sur le poumon droit. Ce poumon et le gauche étaient mous, d'un rose tendre à leur partie antérieure, d'une teinte rouge plus ou moins foncée en arrière, où ils avaient une consistance assez ferme, sans être ni engoués ni splénisés, ni hépatisés. — Le cœur était d'un petit volume, parfaitement sain d'ailleurs ; l'aorte rem-

plie de sang, d'une couleur naturelle. — Les veines profondes de la cuisse droite ne contenaient pas de pus.

Abdomen. L'œsophage était pâle, offrait 35 millimètres au-dessus du cardia, et dans la hauteur de 45, onze ulcérations ovalaires, verticales, de 4 à 6 millimètres dans leur grand diamètre, à bords pâles, faites comme avec un emporte-pièce. La membrane muqueuse correspondante était entièrement détruite, et le tissu cellulaire sous-muqueux légèrement aminci. — L'estomac était moins volumineux d'un tiers que dans l'état naturel, et il contenait un peu de bile. Sa membrane muqueuse était d'un jaune obscur mêlé de gris, dans le grand cul-de-sac; d'un gris nuancé de rose le long de sa petite courbure; d'un gris d'autant plus foncé dans le reste de son étendue qu'on l'examinait dans un point plus rapproché de la grande courbure; légèrement mamelonnée près du grand cul-de-sac, où elle était peu ramollie; d'une épaisseur et d'une consistance convenables ailleurs. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus jaune. Sa membrane muqueuse offrait une infinité de petits points gris, était grisâtre universellement, d'une bonne consistance, si ce n'est dans les 7 derniers décimètres de l'iléum, où elle était un peu ramollie. Des plaques elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, à la fois grisâtres, bleuâtres et rougeâtres, minces à leur centre, épaisses de 2 millimètres à leur pourtour, se trouvaient dans cette partie; et cet épaisissement était dû principalament au tissu cellulaire sous-muqueux, qui avait une couleur rouge-livide. La muqueuse qui faisait partie de ces plaques était ramollie et amincie, ou détruite dans quelques points, et dans la largeur de 6 millimètres, sur deux des plus voisines du cœcum. — Le gros intestin contenait une petite quantité de matières fécales pultacées. Sa membrane muqueuse était

pâle, un peu ramollie, et offrait un certain nombre de cryptes grisâtres, aplaties, dont quelques-unes étaient légèrement ulcérées dans le voisinage de la rate. — Les glandes mésentériques, correspondantes à l'iléum, étaient grisâtres et bleuâtres, du volume d'une noisette, médiocrement ramollies. — Le foie était sain ; la bile de la vésicule abondante, très liquide, d'un jaune-clair. — La rate était dans l'état normal, sauf un léger excès de volume. — Les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

C'est seulement quatre jours avant le terme fatal que j'ai observé, pour la première fois, l'érysipèle, qui était alors borné au genou droit et au bas de la cuisse du même côté. En supposant qu'à cette époque il existât depuis deux jours, ce qui est indiqué par les frissons éprouvés par le malade, sa marche n'en aura pas moins été extrêmement rapide, et il est remarquable que malgré cette marche rarapide et la période avancée de l'affection à laquelle l'érysipèle se déclara, la peau qui en était le siége, était rouge, dure, épaisse, à l'ouverture du corps, et la rougeur bien circonscrite : nouvelle preuve de la persistance des caractères de l'inflammation après la mort, quand elle existe réellement dans les derniers jours de la vie.

Le malade n'éprouva aucune douleur dans la partie enflammée, et cette absence de douleur doit être remarquée, vu que si l'inflammation eût été profonde, qu'il n'eût pas été possible de voir l'organe enflammé, on n'aurait peut-être eu aucun moyen d'en reconnaître le siége ; je ne dis pas l'existence, les frissons, qui eurent lieu six jours avant la mort, pouvant faire soupçonner le développement d'une nouvelle lésion.

On ne saurait d'ailleurs considérer le vésicatoire de la

cuisse droite comme la cause de l'érysipèle, celui du côté gauche, qui fut suivi de la destruction de la peau dans une étendue considérable, n'y ayantpas donné lieu ; et si les causes occasionelles ont eu ici quelque influence sur le développement de l'affection, il serait plus naturel de les chercher dans le décubitus habituel du malade sur le côté droit. Mais ce qui prouve qu'il faut très peu attribuer ici aux causes occasionnelles, et notamment à l'irritation artificielle de la peau, c'est que l'érysipèle ne s'est développé dans aucun des cas dont il s'agit autour des vésicatoires, à quelque époque de la maladie et en quelque nombre qu'ils aient été appliqués.

Quant aux causes de la mort, la principale est évidemment l'érysipèle ; car le nombre des plaques de l'iléum qui étaient altérées était peu considérable ; et leur couleur, comme celle des glandes mésentériques correspondantes, indique que la nature suivait à leur égard, depuis quelque temps, une marche rétrograde. La membrane muqueuse de l'intestin grêle, à part les 7 décimètres les plus voisins du cœcum, était d'une consistance et d'une épaisseur convenables, celle du gros intestin n'offrait que quelques altérations partielles, et l'état des autres viscères n'avait rien de remarquable.

La marche de la maladie fut encore la même que dans les précédentes observations, puisque les lésions de l'intestin grêle, qui avaient déjà rétrogradé au moment de la mort, étaient évidemment les plus anciennes. Toutefois, ici, comme dans d'autres cas dont il a été question plus haut, on peut se demander à quelle époque l'affection typhoïde a débuté, le malade ayant eu presque toujours du dévoiement depuis son arrivée à Paris, cinq semaines avant son admission à l'hôpital. J'ai fixé cette époque au moment où des

symptômes généraux se joignirent à la diarrhée, et je crois cette fixation fondée; car un dévoiement sans fièvre, sans diminution évidente de l'appétit, sans le moindre symptômes cérébral, ne peut être rapporté à la lésion qui constitue le caractère anatomique de l'affection typhoïde. J'ajoute que si le début de la diarrhée, si commune chez ceux qui arrivent à Paris, suffisait pour établir celui de la maladie qui nous occupe, on devrait la faire remonter à une époque antérieure, de cinq semaines, à l'admission du sujet à l'hôpital; ce qui me parait inadmissible.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Trois de ceux dont l'affection fut *grave*, eurent un érysipèle; l'un au quinzième jour de la maladie, les deux autres aux trentième et quarante-cinquième; c'est-à-dire, dans ce dernier cas, au commencement de la convalescence. — La marche de l'érysipèle fut plus rapide dans ces cas que dans ceux où il se développe chez des sujets bien portants; et, chez deux femmes qui en furent atteintes, il eut son siége à la face, siége qu'il affecte le plus ordinairement quand il se déclare de prime abord. En sorte que le mouvement fébrile ne fit que mettre en jeu, comme les causes les plus ordinaires, une prédisposition.

Aucun des sujets dont l'affection typhoïde fut *légère* n'eut d'érysipèle. Un seul eut l'avant-bras droit d'un rouge assez vif, sans épaississement, sans dureté de la peau, pendant un jour, au vingtième de la maladie.

Ainsi, les lésions graves de la peau étaient, comme les altérations secondaires des autres organes, plus fréquentes chez les sujets qui succombèrent, que chez ceux qui gué-

rirent, et, parmi ceux-ci, chez les malades dont l'affection fut grave, que chez ceux qui n'éprouvèrent que de légers symptômes.

MM. Rilliet et Taupin n'ont probablement pas observé d'érysipèle dans le cours de l'affection typhoïde chez les *enfants*, car ils n'en font pas mention; et cela n'a rien de surprenant pour qui sait la rareté de l'érysipèle dans le premier âge.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes.*

Trois des trente-six *pneumoniques qui ont succombé*, eurent un érysipèle à l'un des bras, deux et trois jours après la saignée qu'on y avait pratiquée. — Bien que je n'aie rien observé de semblable, dans des circonstances analogues, chez les sujets atteints d'affection typhoïde, on ne peut guère douter que la saignée n'ait été, dans ces trois cas, la cause occasionnelle de l'érysipèle; mais aussi, cette faible cause d'un effet considérable atteste, il faut le dire, une prédisposition extrême chez les sujets dont il s'agit, puisque dans nombre de cas de la même espèce, où des saignées ont été faites et des vésicatoires appliqués à une ou plusieurs reprises, la peau n'a pas été enflammée.

Un seul des cinquante-sept *peripneumoniques qui ont guéri* eut un érysipèle au bras, et encore à la suite d'une saignée. — La même affection eut lieu chez un des douze sujets atteints de *variole* qui ont guéri: et cette rareté de l'érysipèle, dans une maladie où la peau est partiellement enflammée dans une infinité de points, est une des preuves les plus incontestables de la nécessité des prédispositions, sans lesquelles les causes de maladies, les plus éner-

giques en apparence, sont sans action; comme les plus légères suscitent les affections les plus graves, quand elles s'appliquent à des sujets qui y sont très prédisposés. — Il y eut un érysipèle au nez, du neuvième au treizième jour d'une *angine gutturale ;* et au sein gauche, chez une femme atteinte d'un *rhumatisme*, au quarantième jour de l'affection.

4° Éruptions variées, plaies des vésicatoires, eschares.

Les *éruptions variées* dont il s'agit n'ont pas eu lieu dans le cours de l'affection typhoïde, au moins n'en ai-je pas fait mention dans mes notes, ce que je ne crois pas cependant une omission. Elles se montrèrent chez quelques-uns des sujets atteints d'autres maladies aiguës, de la manière suivante. J'observai des plaques semblables à celles de l'*érythema marginatum*, du douzième au quinzième jour d'une affection rhumatismale; une *éruption ortiee*, à peu près à la même époque, dans un cas de catarrhe pulmonaire; — des *boutons rouges*, non suppurants, dans le cours d'un autre cas de rhumatisme; — des *taches rouges* de largeur variée, sans altération de la souplesse de la peau, du quatrième au neuvième jour d'une angine gutturale; — des *boutons purulents* ou des *vésicules d'herpes* aux lèvres, ou à la base du nez, ou dans d'autres parties du corps, dans sept cas d'érysipèle, d'entérite, d'angine, et de catarrhe pulmonaire; généralement au milieu du cours de ces affections, quelquefois en-deçà, quelquefois au-delà, pendant un espace de temps qui a varié de trois à six jours. En sorte que ces diverses éruptions débutaient à peu près à la même époque, à celle où se manifestent ordinairement les autres symptômes secondaires; qu'il n'y a aucune raison, dès-lors, de les en-

visager d'une manière différente ; que si ceux-ci ne sont pas critiques, les autres ne peuvent pas, ce me semble, être considérés comme tels.

Chez les sujets atteints d'affection typhoïde *grave* qui ont guéri, la peau sur laquelle avaient été appliqués des *vésicatoires* offrit un plus ou moins grand nombre d'ulcérations, dans la huitième partie des cas ; de sept à douze jours après leur application ; proportion moindre que chez les sujets qui ont succombé (1). La peau fut entièrement détruite chez une jeune fille dont l'affection traîna en longueur, et dont il a été parlé plus haut (2).

Les vésicatoires n'offrirent rien de remarquable chez les individus dont la maladie fut *légère*.

La peau sur laquelle on les avait appliqués était superficiellement ulcérée dans un cas de *pleuro-péripneumonie*, où la suppuration était entretenue depuis plusieurs semaines.

Comme les membranes muqueuses, la peau témoignait donc d'une profonde disposition à l'ulcération dans le cours de l'affection qui nous occupe spécialement, même chez les sujets dont la maladie eut une heureuse issue.

Des *eschares* superficielles au sacrum eurent lieu, chez deux individus atteints d'affection typhoïde *grave*, qui ont guéri. Elles furent assez larges et profondes chez un autre, et se développèrent aux dix-neuvième et vingt-septième jour de l'affection. — Il n'y en eut chez aucun de ceux qui guérirent d'autres maladies aiguës.

Dans l'*enfance*, comme au-delà de quinze ans, les es-

(1) Pag. 376 du premier volume.
(2) Pag. 76 de ce vol.

chares sont fréquentes dans les cas graves d'affection typhoïde. MM. Rilliet et Taupin les ont observées dans une proportion à peu près égale ; M. Taupin chez sept des sujets qu'il a observés, toujours à une période avancée de la maladie et dans la forme adynamique, le plus ordinairement au sacrum. M. Rilliet a vu des eschares au sacrum chez deux sujets qui ont succombé, et chez trois qui ont guéri, du dix-septième au cinquantième jour de l'affection. Ces eschares étaient ordinairement limitées et peu profondes.

ARTICLE IX.

Des symptômes fébriles, proprement dits.

Ces symptômes, dont l'ensemble forme ce qu'on est convenu d'appeler fièvre, comprennent le frisson, la chaleur, la sueur et les différents états du pouls. Objet de l'attention de tous les médecins, ils doivent fixer la nôtre d'une manière spéciale, puisque, d'après ce qui précède, le nombre et la profondeur des lésions accessoires leur sont proportionnés; que l'altération de la circulation, à laquelle ils se rattachent en partie, semble en être la cause *excitante*. Nous allons les étudier successivement.

§ 1.

Des frissons.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Trente-un des trente-trois sujets sur lesquels j'ai pu recueillir des renseignements exacts sur le point qui nous occupe, eurent des frissons; et tous, à six exceptions près, dès le début, à diverses époques de la journée, le plus ordi-

nairement pendant le jour, quelquefois au milieu du repas ou pendant la nuit. Souvent faibles, ils furent forts et accompagnés de tremblement chez la quatrième partie des malades.

Cinq n'en éprouvèrent qu'un; ils furent plus ou moins répétés chez les autres, dans les saisons froides comme dans les saisons chaudes. Quatorze en eurent fréquemment, les huit ou dix premiers jours de l'affection; six pendant l'espace de deux à trois semaines et plus (obs. 5, 7, 15, 21, 43, 44). Ils conservaient généralement, dans leur retour, le caractère qu'ils offraient à leur début, avaient ordinairement lieu le soir, quand les malades se mettaient au lit, ou après le repas, chez quelques-uns de ceux qui n'avaient pas entièrement perdu l'appétit; ce qui indique qu'ils tenaient peut-être assez souvent à des erreurs de régime : et ils cessaient du moment où les malades étaient admis à l'hôpital, malgré la température assez basse qui y règne en hiver. Ils ne reparaissaient que rarement dans la suite, et ils signalaient, alors, le début de quelque lésion secondaire plus ou moins grave, comme dans la précédente observation; tandis que leur retour, dans les premiers temps de la maladie, paraissait avoir une autre cause, les lésions dont il s'agit n'étant pas plus nombreuses dans les cas où les frissons avaient été répétés, que dans ceux où il n'y en avait eu qu'un seul.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Tous les malades dont l'affection fut *grave*, si l'on en excepte trois sur quarante-cinq, eurent des frissons, ou une grande sensibilité au froid. Six étaient dans ce dernier cas. Neuf eurent un seul frisson. Il se répéta plusieurs fois, pendant l'espace de huit à quinze jours, chez les autres, dans

les mêmes circonstances que chez les sujets qui succombèrent. Il cessa aussi lors de leur admission à l'hôpital, fut fort ou faible dans une proportion presque égale.

Vingt-quatre des trente-un sujets dont l'affection fut *légère* eurent des frissons. Ils n'eurent lieu qu'une seule fois dans quatre cas, se répétèrent pendant un espace de temps à peu près égal à celui dont il a été question plus haut, dans les autres; et deux fois régulièrement, à midi, du premier au seizième jour de l'affection, et du huitième au onzième. A quatre exceptions près, ils débutèrent le premier jour de la maladie. Ils furent assez considérables chez trois individus.

Le frisson, et souvent un frisson violent, est un des symptômes les plus ordinaires de l'affection typhoïde chez les *enfants*. Il a eu lieu dans soixante-trois des cent quinze cas observés par M. Taupin, qui remarque, avec raison, que le frisson a peut-être échappé aux parents dans les trente-un autres cas. D'ailleurs, chez l'enfant comme chez l'adulte, le frisson est un des premiers symptômes qui se manifestent, et souvent il se répète plusieurs jours de suite, à des heures irrégulières.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës, non typhoïdes.*

Dix-neuf péripneumoniques, sur vingt-cinq, eurent des frissons; trois, les deuxième et troisième jour de la maladie, les autres, le jour même de son début; quelquefois avant l'apparition de la douleur, et, dans un cas, un jour entier avant celle de toute espèce de symptôme qui pût indiquer une affection quelconque des poumons: ce qui semblerait

annoncer qu'il y a eu ici des prodromes (1). Les frissons ne se renouvelèrent que chez un petit nombre de sujets dans les premiers jours de l'affection. Et quand ils parurent à une époque plus ou moins avancée, c'était au début de quelque lésion secondaire, d'une entérite plus ou moins intense, par exemple.

Ils manquèrent chez la troisième partie des individus qui moururent d'autres maladies inflammatoires.

2° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.*

Quarante-cinq *péripneumoniques*, sur cinquante-quatre, eurent des frissons. L'un d'eux, quelques heures après le développement de la chaleur; quatre, après trois et quatre jours d'un malaise qui n'annonçait rien de redoutable; les autres, dès le début des symptômes caractéristiques de l'affection. — Les frissons se renouvelèrent chez onze malades, pendant trois et quatre jours, et ils cessèrent, comme dans le cours de l'affection typhoïde, dès l'entrée des malades à l'hôpital.

Ils eurent lieu chez un peu plus de la moitié des sujets atteints de *variole*, ordinairement dès le début, deux fois les onzième et dix-septième jour, et ils se renouvelèrent plusieurs fois de suite dans la majorité des cas.

(1) Ces prodromes, dont il serait si intéressant de constater rigoureusement l'existence et la proportion, loin de répugner à la raison sont indiqués par elle. La plupart de nos maladies se déclarent, en effet, sans cause appréciable, ce qui semble révéler l'existence de causes longtemps cachées qui agissent sourdement, et qui doivent se manifester quelquefois par des symptômes généraux, avant d'agir sur un organe particulier d'une manière évidente.

Les deux tiers des malades qui eurent la *scarlatine* ou la *rougeole*, éprouvèrent des frissons du premier au cinquième jour de ces affections, le plus ordinairement plusieurs jours de suite; et les frissons furent généralement plus légers dans leur cours, que dans celui des maladies précédentes.

Vingt-quatre sujets, sur trente-huit, atteints d'*érysipèle*, eurent des frissons; et, presque tous, les premiers jours de la maladie; quelques-uns (six) du deuxième au cinquième, et ordinairement à plusieurs reprises. Ceux qui n'en eurent pas, furent, à une exception près, malades dans les mois les plus chauds de l'année; ce qui indique l'influence de la température atmosphérique sur le développement du frisson, au moins dans l'érysipèle; car cette influence n'était pas sensible, comme nous l'avons vu, chez les malades atteints d'affection typhoïde.

Il y eut encore des frissons chez les deux tiers des individus malades de *rhumatisme* ou d'*angine gutturale*, presque toujours dès le début. Ils se renouvelèrent plusieurs fois chez quelques sujets, par l'application d'un léger froid extérieur, ou sans cause appréciable, et, dans un cas de rhumatisme, il y eut des tremblements. — Un frisson quotidien, régulier, eut lieu chez une femme atteinte de la même maladie, un peu avant la convalescence, et ne céda qu'au sulfate de quinine. — Les cas où il n'y eut pas de frissons furent également partagés entre les saisons froides et les saisons chaudes.

Soixante-quatre des soixante-dix sujets atteints de *catarrhe pulmonaire* eurent des frissons; trente-trois le premier jour de la maladie, les autres du deuxième au quatorzième; et la majeure partie, les trois quarts environ, à plusieurs reprises. Ces frissons reparurent à des intervalles réguliers, dans huit cas, et ils se dissipèrent spontanément le

lende main de l'admission des malades à l'hôpital, ou peu après.

Les deux tiers des individus affectés d'*entérite* eurent des frissons (soixante sur quatre-vingt-quatre); presque tous, le premier jour de la maladie, quelques uns (un sixième) du deuxième au douzième. Les frissons manquèrent dans la même proportion chez les sujets dont l'affection fut grave et chez ceux qui ne l'eurent qu'à un médiocre degré; ils se renouvelèrent à plusieurs reprises dans la moitié des cas, et cinq fois d'une manière régulière, sous forme quotidienne ou tierce. Ils ne cédèrent, dans ces trois cas, qu'au quinquina.

Des frissons passagers, sans chaleur consécutive, eurent lieu chez la sixième partie des sujets atteints de *colique métallique*. Ce symptôme n'eut quelque intensité que dans un cas, sans que j'aie pu m'en rendre compte.

Bien que le frisson n'offrît pas de différences aussi remarquables chez les individus affectés des maladies que nous venons de parcourir, que les autres symptômes communs, il est vrai de dire néanmoins qu'il était généralement plus considérable et plus fréquent dans les maladies graves que dans les affections légères; et il est digne de remarque qu'il n'était sujet à des retours réguliers que dans celles de ce dernier caractère, quels qu'en fussent d'ailleurs la nature et le siége.

§ 2.

De la chaleur et des sueurs.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Aux frissons succédait, dans tous les cas, une chaleur forte, souvent brûlante. Elle fut médiocrement éle-

vée, dans la majeure partie du cours de l'affection, chez un peu moins du tiers des sujets; considérable chez les deux autres, sans que d'ailleurs l'accélération du pouls lui fût constamment proportionnée : ce qui indique, ce me semble, que chez ces sujets et dans cette période de la maladie, la chaleur dépendait peut-être, en partie, d'une altération spéciale de la peau, d'autant plus remarquable qu'elle ne pouvait être attribuée à l'inflammation.

Ce fait est en effet digne d'attention, en ce qu'il montre qu'il n'est pas possible de conclure l'inflammation d'après un symptôme unique, sans s'exposer à de graves erreurs, et que les conclusions par analogie n'y conduisent guère moins sûrement. Car quoi de plus naturel, en apparence, que de regarder comme enflammé un organe dont les fonctions sont dérangées, et qui est le siége d'un sentiment de chaleur? Et néanmoins, ce qui vient d'être dit de la température de la peau, montre que cette conclusion n'est pas rigoureuse, à beaucoup près.

D'ailleurs, loin d'être constamment uniforme, la chaleur variait assez souvent chez le même sujet; de manière qu'après avoir été considérable pendant un certain espace de temps, elle diminua beaucoup dans les huit ou dix derniers jours de la vie, ou même plus, chez huit des malades qui nous occupent.

Presque toujours sèche dans la quatrième partie des cas, elle était accompagnée de sueurs plus ou moins copieuses dans les autres, ordinairement après le redoublement du soir, ou bien, la nuit, pendant le sommeil. Dans quelques cas aussi, chez les sujets dont la peau était plus ou moins injectée dans les premiers temps de la maladie, la chaleur était médiocrement élevée, la moiteur presque continuelle.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri.*

Dans les cas où l'affection fut *grave*, la chaleur s'établit à peu près de la même manière que chez les individus qui succombèrent : elle offrit les mêmes nuances, fut forte chez la moitié des sujets, ordinairement sèche le jour et une partie de la nuit ; tandis que, dans l'autre moitié, il y avait presque constamment des sueurs qui n'étaient pas plus influencées par le dévoiement, et n'agissaient pas davantage sur lui, que dans les cas où l'issue de la maladie avait été funeste.— On ne pouvait pas non plus attribuer à ces sueurs un caractère critique, la troisième partie des sujets en ayant éprouvé dès le début, et, plusieurs d'entre eux, à un degré beaucoup plus remarquable alors, dans l'espace de huit jours, qu'à aucune autre époque de l'affection.

Loin d'être toujours proportionnées à la chaleur, les sueurs étaient assez souvent en raison inverse de celle-ci. Leur durée et leur prolongation, dans la convalescence, furent surtout dignes d'attention. Elles eurent lieu à un remarquable degré, à cette époque, chez dix sujets, pendant un espace de temps qui varia de dix à quinze jours, et ordinairement la nuit. Elles empêchaient le rétablissement des forces, résistaient aux infusions amères ou aromatiques, et elles n'eurent lieu, pendant l'été, que chez deux malades.

Dans les cas où l'affection fut *légère*, la chaleur était rarement intense, les sueurs étaient un peu moindres que chez les sujets dont il vient d'être question, et elles se prolongèrent dans la convalescence, pendant un espace de temps considérable, chez trois d'entre eux, dont l'un

était malade en été. Elles durèrent dix huit jours chez le sujet dont la diarrhée offrit le plus d'opiniâtreté.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës, non typhoïdes.*

La chaleur fut moins sèche et rarement aussi forte chez les *péripneumoniques*, que chez les sujets emportés par l'affection typhoïde. La plupart eurent pendant la nuit, et pendant une grande partie de la durée de l'affection, des sueurs plus ou moins copieuses. — La chaleur fut plus considérable dans l'*arachnitis* que dans les autres affections cérébrales.

4° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.*

Tous les *péripneumoniques* eurent, pendant cinq à six jours, une chaleur plus ou moins forte, presque toujours proportionnée à l'accélération du pouls, bien moins élevée, néanmoins, que dans la plupart des cas d'affection typhoïde; généralement douce; et, si j'en excepte trois sujets, elle ne s'est pas prolongée au-delà de huit à dix jours. — A la chaleur se joignaient, chez presque tous les malades, des sueurs copieuses dans les premiers jours de l'affection. Chez quelques-uns aussi, après avoir été abondantes au début, les sueurs ne reparaissaient que cinq à six jours après, et quelquefois plus, quand le mouvement fébrile était diminué. Elles avaient ordinairement lieu pendant la nuit, et elles furent très considérables chez la quatrième partie des sujets, qui étaient alors dans l'obligation de changer plusieurs fois de linge, quelques-uns quatre, cinq et six fois, pendant la nuit. Et, cela est bien digne d'être remarqué, dans six de ces cas où les sueurs furent extrêmement copieu-

ses, il n'y eut pas de sudamina ; et, dans aucun, les sueurs ne se prolongèrent dans la convalescence.

La chaleur et les sueurs furent considérables chez tous les sujets atteints de *scarlatine*, hors deux, dans les premiers jours de l'affection. — Les sueurs furent un peu moindres dans la *rougeole :* mais, comme dans la scarlatine, elles eurent lieu dès le commencement de la maladie. On ne pouvait pas, dès-lors, considérer comme critiques les sueurs des malades atteints de ces affections.

L'augmentation de la chaleur ne fut sensible que pendant vingt-quatre heures, chez sept des trente-huit sujets qui furent atteints d'*érysipèle à la face*. Elle fut considérable chez les autres, pendant un espace de temps qui a varié de quatre à huit jours. — Les sueurs lui furent généralement proportionnées. Elles manquèrent ou n'eurent lieu qu'une seule fois, chez treize sujets, à l'époque de la diminution des symptômes ; elles furent plus ou moins copieuses dans les autres cas où elles débutèrent le premier jour de la maladie, plus rarement le second, et elles se répétèrent cinq à six jours de suite, ordinairement le matin. Elles ne se prolongèrent davantage (pendant dix-huit jours), que chez deux sujets, dont l'un eut beaucoup de diarrhée, tandis que chez l'autre l'érysipèle parcourut successivement presque toute la surface du corps : et chez ce dernier les sueurs ne s'arrêtèrent qu'au moment où l'érysipèle cessa de faire des progrès. — Les sueurs qui se prolongent dans la convalescence de l'affection typhoïde indiqueraient-elles, dans quelques cas du moins, un reste d'irritation dans un organe plus ou moins profondément placé ?

La chaleur fut plus ou moins élevée, chez quarante-sept des cinquante-cinq sujets atteints de *rhumatisme*, et géné-

ralement proportionnée à la douleur, augmentant et diminuant avec elle. — Des sueurs eurent lieu chez un peu plus des quatre cinquièmes des malades, et elles débutèrent le premier jour de l'affection, dans treize cas où elles furent très copieuses et comparables à celles de quelques péripneumoniques, dont il a été question plus haut.

La chaleur fut généralement peu considérable, elle ne me parut pas sensiblement augmentée chez dix-neuf des sujets atteints de *catarrhe pulmonaire*; elle le fut à un médiocre degré chez les autres, au nombre de cinquante; et cette légère augmentation cessa deux ou trois jours après l'admission des malades à l'hôpital. — Tous, hors dix, eurent des sueurs plus ou moins copieuses, et, les deux tiers d'entre eux, dès le début de l'affection; ce qui repousse, ce me semble, toute idée d'effort critique.

Soixante des quatre-vingt-quatre malades atteints d'*entérite* proprement dite, eurent un peu plus de chaleur que dans l'état normal. La chaleur fut naturelle ou ne s'éleva que momentanément, chez les autres, quand une circonstance particulière, comme le frisson, excitait une réaction; et ce défaut de chaleur était plus commun dans les cas où la diarrhée fut forte, que dans ceux où elle fut légère. En sorte qu'à supposer l'inflammation de la muqueuse intestinale proportionnée au nombre des selles, elle aurait produit des effets inverses de ceux qu'elle détermine ordinairement, une chaleur d'autant moindre qu'elle était plus considérable : contradiction qui n'est qu'apparente et sur laquelle je reviendrai dans la suite. Dans les cas où la chaleur était augmentée, elle était surtout considérable le soir ou pendant la nuit.

Les sueurs eurent lieu plus souvent que l'élévation de la température, dans le cours de la diarrhée; elles ne man-

quèrent que dans six cas, et à peu près dans la même proportion chez les sujets dont la diarrhée fut considérable et chez ceux qui ne l'eurent qu'à un médiocre degré. Elles débutèrent le premier jour de l'affection, chez la troisième partie des malades, à des époques variées chez les autres, quel que fût le degré de la maladie. Elles avaient principalement lieu la nuit, duraient quatre, cinq, six, huit jours, et plus; étaient souvent copieuses, au point d'obliger les malades à changer plusieurs fois de linge dans l'espace de vingt-quatre heures. Et ce qu'il y a de vraiment remarquable, ces sueurs copieuses étaient d'autant plus fréquentes que le nombre des selles était plus considérable; en sorte qu'elles eurent lieu chez la moitié des individus qui se trouvaient dans ce cas, ou dix-sept fois sur trente-six.

Après ces faits et tant d'autres du même genre (1), il est impossible de croire à un balancement de fonctions entre la membrane muqueuse de l'intestin et la peau, dans l'état de maladie; et l'on ne peut voir dans les sueurs, en général, que l'effet d'une action sympathique semblable à celle qui s'exerce sur une foule d'autres organes, dès que l'un d'eux est le siège d'une lésion plus ou moins grave. Et quand on réfléchit au faible degré du mouvement fébrile qu'offrent beaucoup de sujets atteints de diarrhée forte, à la prompte disparition des symptômes qu'ils éprouvent, à la brièveté de leur convalescence, on est porté à croire que la membrane muqueuse de l'intestin est généralement très peu altérée dans l'entérite proprement dite, et dans un état qui ne diffère peut-être pas beaucoup de celui de la peau quand elle est le siége d'une sueur copieuse.

En résumé, non-seulement les sueurs n'étaient pas en

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 211.

raison inverse de la diarrhée, dans les maladies aiguës dont il vient d'être question, mais elles augmentaient et diminuaient ordinairement avec elle. On ne pouvait, dans la très grande majorité des cas, leur attribuer un caractère critique, puisqu'elles débutaient avec la maladie dans le cours de laquelle on les observait, ou peu après; et elles n'étaient pas toujours proportionnées à la chaleur, qui était plus considérable dans l'affection typhoïde que dans toute autre maladie.

§ 3.

Du pouls.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Le pouls fut généralement étroit dans la moitié des cas, tout le temps que les malades furent soumis à mon observation, après le neuvième jour de la maladie, ou chez vingt des quarante-un sujets qui furent examinés assez de temps, pour qu'il soit convenable d'en faire mention ici. Et cette étroitesse ne pouvait pas être attribuée au traitement, aux toniques en particulier; soit parce que les toniques ne furent pas prescrits dans tous les cas, soit parce qu'ils le furent aussi fréquemment aux malades dont le pouls offrit des caractères différents. Il fut assez large et plein, jusque dans les derniers jours de la vie, chez treize sujets (obs. 1, 8, 11, 14, 22, 32, 33, 35, 36, 37, 42, 46); il conserva encore plus longtemps ce caractère, et l'offrit à un plus haut degré, dans huit autres cas (obs. 18, 19, 25, 26, 28, 29).

Le pouls n'offrit pas de moindres variations relativement à la fréquence. Il fut peu accéléré, dans huit cas, tout le temps que les malades furent soumis à mon observation, ou dans

les huit ou quinze derniers jours qui précédèrent le terme fatal (obs. 1, 25, 29, 35, 37, 44, 45); c'est-à-dire qu'alors il ne battait que quatre-vingts à quatre-vingt-dix fois par minute; sorte de calme que des potions toniques très fortes ne dérangeaient pas sensiblement, qui eut lieu dans une proportion à peu près égale chez les sujets emportés du quinzième au vingtième jour de l'affection et chez ceux qui succombèrent dans les deux périodes suivantes, tous d'une constitution plus ou moins forte et du sexe masculin. Chez les autres le pouls battit généralement plus de cent fois par minute, dans les dix derniers jours de la vie, et même pendant un espace de temps plus considérable. Il fut à cent vingt et au-delà, du huitième au vingtième jour de l'affection, chez un sujet qui mourut à cette dernière époque; et il tomba de cent cinquante à cent seize, dans les six derniers jours de la vie, dans un autre cas où il fut toujours faible et régulier (obs. 31).

Cette régularité avait lieu chez la plupart des malades, de manière que je n'ai trouvé le pouls intermittent ou irrégulier, que chez sept d'entre eux, à des époques variées de l'affection, et pour peu de temps (obs. 2, 3, 13, 21, 30, 33, 43).

J'ai cherché s'il n'y avait pas quelque rapport entre les divers caractères du pouls et les deux principaux états du cœur, et voici ce que j'ai trouvé. Des quarante-un sujets dont le pouls fut convenablement observé, treize avaient le cœur ramolli, et presque tous à un degré remarquable. D'un autre côté, onze des dix-sept malades dont le pouls fut inégal, irrégulier, intermittent, petit, faible, tremblottant, enfoncé, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, avaient le cœur ramolli. C'est-à-dire que dans presque tous les cas où ce ramollissement existait, le pouls avait offert un ou plusieurs des caractères qui viennent

d'être rappelés ; que le cœur n'était dans l'état naturel, que dans la troisième partie des cas où ces caractères du pouls avaient lieu.

Cette coïncidence est d'autant plus digne d'attention qu'elle confirme ce qui a été dit plus haut sur l'époque à laquelle commence le ramollissement du cœur dans un certain nombre de cas : qu'il semble en résulter assez clairement, en effet, que si ce ramollissement est la suite de la décomposition cadavérique commençante, chez quelques sujets, il débute aussi, chez d'autres, pendant la vie, ou est favorisé, dans son développement après la mort, par des circonstances indépendantes de l'élévation de la chaleur ; circonstances dont nous ignorons la nature, mais dont il ne serait pas impossible de reconnaître l'existence, pendant la vie, par l'état de la circulation. — Et si ces réflexions étaient fondées, il en découlerait encore, comme conséquence, la possibilité de reconnaître, au moins d'une manière approximative, et dans un certain nombre de cas, le moment où débute le ramollissement du cœur ; puisqu'il devrait être le même que celui où le pouls commence à offrir les caractères indiqués En partant de ce principe, le ramollissement qui nous occupe aurait débuté, ou bien, les causes inconnues qui en favorisent le développement après la mort auraient commencé à se manifester, quatre, sept, dix et vingt jours avant la mort, chez les sujets dont il s'agit ; c'est-à-dire à des époques non moins variées que toutes les autres lésions secondaires, et en particulier celles de la peau.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri.*

Le pouls fut large dans onze des cinquante-sept cas où la

maladie fut *grave*, tout le temps que les sujets furent soumis à mon observation; c'est-à-dire pendant un intervalle qui a varié de six à quinze jours. Il fut petit et serré chez huit individus, n'offrit rien de remarquable, sous le rapport du volume, chez les autres. Sa vitesse était en raison inverse de sa largeur, de manière que dans aucun des cas où il eut le plus d'ampleur, il ne dépassait pas quatre-vingt-douze pulsations par minute.

Il était généralement moins accéléré chez les sujets dont il s'agit, que chez ceux qui succombèrent; en sorte qu'il ne donnait pas au-delà de quatre-vingt-dix pulsations par minute, dans vingt cas. Il resta même au-dessous de quatre-vingts, chez un sujet dont l'affaissement fut considérable; et dans tous ces cas, la marche de l'affection fut assez rapide. Chez les autres malades, le pouls battit plus de quatre-vingt-dix fois par minute, pendant un espace de temps considérable; et il battit au-delà de cent, dix à douze jours de suite, chez trois individus, dont l'un est cette jeune fille dont j'ai rappelé plusieurs fois l'histoire, chez laquelle l'affaissement fut si profond et la maladie de si longue durée. Du douzième au vingtième jour, son pouls battit de cent vingt à cent quarante fois par minute.

Il résulte de la comparaison de ces faits avec les précédents, qu'un pouls médiocrement accéléré est favorable au pronostic, et doit faire conjecturer que la marche de l'affection sera rapide; tandis qu'un caractère opposé doit faire redouter sa longueur et son issue.

Le pouls fut inégal ou intermittent, chez six sujets; étroit, serré, tremblotant et très accéléré, chez quatre. — En partant du rapport trouvé entre les divers états du cœur et ceux du pouls, chez les sujets qui ont succombé, on pourrait conjecturer que le cœur a été plus ou moins ramolli, ou dans une

disposition favorable aux causes de son ramollissement, chez six ou sept des malades dont il s'agit; que cette disposition n'a pas été plus commune dans les cas où la marche de la maladie fut lente que dans ceux où elle fut rapide; qu'elle commençait de huit à dix jours après le début.

MM. Rilliet et Taupin s'accordent sur la fréquence assez considérable du pouls, chez les *enfants*, dans le cours de l'affection typhoïde.

Le plus ordinairement M. Taupin comptait cent vingt ou cent quarante pulsations par minute, quelquefois cent soixante-dix ou cent quatre-vingts; et, dans quelques cas, il n'a pu compter le pouls, tant sa vitesse était grande; tandis que chez quatre sujets il n'y avait pas plus de soixante ou même cinquante-deux pulsations par minute.

Suivant le même médecin, le pouls est large, fort, vibrant, au début de l'affection typhoïde, chez les enfants: il ne devient petit et mou qu'à une époque avancée de la maladie; il est ordinairement régulier, tellement que M. Taupin ne l'a trouvé irrégulier et intermittent que dans trois cas; et, il ajoute, sans lésion du cœur.

Les mêmes remarques ont été faites par M. Rilliet, qui assure qu'après avoir été vibrant au début, le pouls devenait filant, petit, difficile à compter, du huitième au trentième jour de l'affection; ou bien encore très dépressible, à peu près également chez les sujets qui ont guéri et chez ceux qui ont succombé.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës, non typhoïdes.*

Le pouls fut assez souvent large dans la plupart de ces maladies, et sa vitesse généralement beaucoup moindre que

chez les individus morts d'affection typhoïde, même chez les péripneumoniques; de manière que je ne l'ai trouvé battant plus de quatre-vingt-dix fois par minute, dans les trois ou quatre derniers jours de la vie, que chez la cinquième partie des sujets atteints de cette affection.

Quant aux autres caractères du pouls, voici ce qui eut lieu. Il fut inégal, intermittent et très petit, chez six péripneumoniques, dont quatre, ou les deux tiers, avaient le cœur ramolli; il eut encore le même caractère chez quatre individus emportés par d'autres affections, et trois d'entre eux avaient aussi le cœur ramolli à divers degrés. De manière que ces faits sont dans une parfaite harmonie avec ceux qui ont été fournis par les sujets morts d'affection typhoïde, et confirment ce qui a été dit des signes présumés du ramollissement du cœur, ou de l'état, quel qu'il soit, qui en favorise le développement après la mort.

4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.

Le pouls fut large, donna moins de quatre-vingts pulsations par minute, dans les trois quarts des cas de *péripneumonie* : il dépassa ce nombre dans les autres, battit même cent fois chez quelques sujets, pendant plusieurs jours, et perdit promptement la plus grande partie de sa vitesse, dès que les symptômes locaux furent stationnaires ou parurent s'amender. Et, comme dans l'affection typhoïde, la durée de la maladie fut en raison directe de l'accélération du pouls. — Le pouls fut inégal et intermittent chez un des cinquante-sept sujets dont il s'agit; petit, serré, très fréquent chez deux autres : en sorte que, d'après ce qui précède, le cœur aurait été ramolli ou dans un état favorable au ramollissement chez deux de ces trois malades.

La petitesse et l'inégalité du pouls n'eurent lieu dans aucun cas de *maladie éruptive*, et son accélération fut moindre, dans le cours de ces affections, que dans celui de la péripneumonie. Ainsi, je n'ai compté au-delà de quatre-vingt-six pulsations par minute, que dans la quatrième partie des cas de variole et de scarlatine, dans la sixième de ceux de rougeole ; et pour fort peu de jours.

Le maximum de vitesse fut le même chez les sujets atteints d'*érysipèle à la face*, toujours pour peu de temps : et, dans tous les cas, hors ceux où l'érysipèle parcourait successivement la plus grande partie de la surface du corps, ou offrait une complication, le pouls reprenait bientôt son calme habituel. — Il offrit momentanément quelques irrégularités, chez deux malades; mais comme alors il n'était ni petit, ni très accéléré, on ne peut rien en conclure relativement au ramollissement du cœur.

L'accélération du pouls était moins marquée, chez les individus atteints d'*angine gutturale*. Elle n'était pas même évidente chez tous.

Un peu plus considérable dans le *rhumatisme* que dans cette dernière affection, l'accélération du pouls y était moindre que dans les précédentes ; de manière que je n'ai observé le pouls battant quatre-vingt-dix fois et au-delà, par minute, que chez trois des cinquante-sept malades dont il s'agit, et pour trois ou quatre jours seulement. Le pouls ne fut inégal que dans un cas et passagèrement.

Près de la moitié des sujets qui furent atteints de *catarrhe pulmonaire* (ils étaient soixante-douze) eut le pouls évidemment accéléré, mais à un médiocre degré ; de manière qu'il ne battit plus de quatre-vingt-dix fois par minute que dans trois cas, et pour peu de jours. — Le pouls fut plus

ou moins irrégulier chez trois malades, dont deux ne l'avaient pas sensiblement accéléré. C'est dire qu'ici, comme dans le cas d'érysipèle dont il a été question tout à l'heure, on ne pouvait soupçonner de ramollissement du cœur; ce qui est en harmonie avec ce que nous avons vu antérieurement, de la rareté des affections secondaires dans le cours du catarrhe pulmonaire.

Le pouls fut calme chez cinquante-trois sujets atteints d'*entérite* ou de diarrhée, ce qui est pour moi synonyme; ou chez les trois quarts de ceux qui eurent cette affection; c'est à-dire que dans ces cas le cœur ne battait pas plus de soixante-cinq, soixante, cinquante-cinq, cinquante, et même quarante fois par minute. Et cette lenteur du pouls était plus commune chez les individus dont les selles étaient très fréquentes que chez ceux dont les évacuations alvines étaient en petit nombre; de manière que le pouls offrit ce caractère chez vingt-cinq des premiers, qui étaient au nombre de trente-six.

Bien que les malades affectés d'entérite n'aient pas été soumis à mon observation au début de la maladie, comme leurs selles étaient encore très nombreuses au moment de leur admission à l'hôpital, il est clair que si elles eussent été l'effet d'une violente inflammation à leur début, cette inflammation aurait encore eu lieu à cette époque, et le mouvement fébrile y aurait été proportionné. D'un autre côté, si l'inflammation eût été proportionnée au nombre des selles, comment eût-elle marché aussi rapidement vers la guérison, comme je l'ai remarqué plus haut? Je n'ignore pas que dans quelques cas l'entérite est une affection fort grave, et j'en donnerai bientôt un exemple (obs. 40). Mais il ne s'agit pas ici d'exceptions; les faits analysés sont nombreux (quatre-vingt-quatre), et de ces faits me semble

résulter incontestablement, que la diarrhée ne suppose, dans la très grande majorité des cas, qu'un très léger degré d'inflammation, qui ne laisserait peut-être pas de trace sur le cadavre, si quelque individu affecté de cette maladie venait à succomber accidentellement.

Ainsi, le trouble de la circulation et l'altération de la chaleur étaient, comme j'ai eu si souvent occasion de le répéter, proportionnés au nombre et à la gravité des lésions secondaires, plus considérable chez les sujets atteints d'affection typhoïde que chez les péripneumoniques, chez ceux-ci que chez les individus affectés de toute autre maladie aiguë. Et comme la connexion de la circulation avec les différents organes de l'économie est évidente, il est naturel de penser que le trouble de cette fonction est, dans les maladies aiguës, un des principaux agents des lésions secondaires.

C'est d'ailleurs ici le cas de prévenir une objection qui s'est peut-être offerte à l'esprit de quelques personnes. Vous attribuez, dira-t-on, en grande partie, les lésions secondaires au mouvement fébrile, parce qu'elles lui sont proportionnées; mais ne pourrait-on pas dire tout aussi bien que le mouvement fébrile n'est si considérable, dans plusieurs maladies, que parce que les lésions secondaires y sont plus ou moins graves et nombreuses; qu'au lieu d'être cause il est effet? A cela je répondrai que les lésions secondaires n'ont généralement lieu qu'à une époque plus ou moins éloignée du début, quand le mouvement fébrile existe depuis un temps, quelquefois considérable; que ce mouvement fébrile n'augmente pas toujours, à beaucoup près, lors de l'apparition de ces *lésions*; qu'on ne saurait, dès-lors, l'en faire dépendre. Et si l'on venait à dire qu'au *début* des maladies aiguës, toutes les fonctions de l'économie sont plus

ou moins altérées, ce qu'on ne saurait attribuer au mouvement fébrile, je répondrais que la seconde partie de cette proposition n'est pas démontrée, et qu'à supposer le contraire, cela ne prouverait absolument rien; puisqu'il s'agit de *lésions appréciables*, et non du simple trouble des fonctions; trouble qui peut avoir lieu pendant un espace de temps considérable, sans que les viscères offrent d'altération *sensible*.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs, que le mouvement fébrile n'est efficace, comme toutes les autres causes, que sur les organes qui sont plus ou moins disposés à en recevoir l'influence. On dira peut-être encore que les lésions secondaires étaient généralement plus graves chez les sujets qui avaient succombé rapidement, que chez ceux dont la maladie avait traîné en longueur; qu'il faudrait donc admettre que le mouvement fébrile a eu d'autant moins d'influence qu'il a duré plus de temps, ce qui est absurde. A cela je répondrai que l'altération fondamentale, celle des plaques elliptiques de l'intestin grêle, était d'autant plus étendue que les malades succombaient plus rapidement; que le mouvement fébrile y était généralement proportionné; en sorte que la contradiction n'est qu'apparente.

ARTICLE X.

De la voix et de la respiration.

§ 1.

De la voix.

La voix n'était pas seulement altérée ou supprimée, dans les cas où une fausse membrane tapissait plus ou moins exactement la langue; elle l'était encore dans d'autres

circonstances. Cependant, l'altération de la voix n'a pas assez fixé mon attention chez les sujets dont j'analyse l'histoire, pour qu'il me soit possible d'en faire ici une mention spéciale, d'après mes premières recherches. Mais un fait recueilli depuis, me permet, jusqu'à un certain point, de combler cette lacune, et je m'empresse de le mettre sous les yeux du lecteur.

XXXIXe OBSERVATION *(Bis)*.

Frissons quotidiens pendant six jours, apparence de fièvre intermittente, sulfate de kinine ; puis développement des symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde, aphonie commençante au dix-huitième jour de la maladie, bientôt complète et non interrompue jusqu'au cinquante et unième jour, que la voix commence à se rétablir.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une santé ordinairement bonne, fut admis dans ma division, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, le 8 avril 1839. A Paris depuis près de deux mois, il avait eu, deux années avant, une fièvre intermittente tierce qui avait duré de dix à douze mois ; et, depuis lors jusqu'à son arrivée à Paris, sa santé avait été constamment bonne. Cependant, il avait un peu de diarrhée depuis six semaines, quand il éprouva, le 3 avril, un frisson qui fut suivi de chaleur et de sueur ; et cet accès revint tous les jours, à peu près à la même heure, jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, le 8 du même mois. Il y fut placé dans un lit supplémentaire ; et, pour ne le garder à l'hôpital que le moins de temps possible, afin d'éviter un plus grand encombrement, je lui ordonnai sur-le-champ trois décigrammes de sulfate de kinine. Ce sel ayant paru agir avec succès, on le continua : puis, jusqu'au 19, le malade fut observé peu attentivement.

Le lendemain, 20, il était dans l'état suivant : sa figure était empreinte d'une stupeur profonde, sa mémoire presque nulle, en sorte qu'il ne se rappelait pas les symptômes qui étaient survenus depuis son entrée à l'hôpital ; ses forces n'étaient pas très déprimées cependant, et il se mettait assez aisément à son séant ; sa langue était un peu sèche, l'épigastre un peu saillant, le reste du ventre assez bien conformé, la rate débordait un peu les côtes ; il y avait eu quatre selles liquides dans la journée, et on entendait un râle sous-crépitant, nombreux, en arrière, à droite et à gauche du thorax, inférieurement ; le pouls était à quatre-vingt-huit, sans caractère particulier. (*Solut. de sirop tartar.* bis ; *demi-bouteille d'eau de Sedlitz. Diète.*)

Le malade eut de cinq à six selles dans le cours de la journée, et, le lendemain, je trouvai son pouls à quatre-vingts, assez large et plein, sa langue toujours un peu sèche, son ventre souple et indolent, trois taches roses, lenticulaires, à sa surface ; le râle sous-crépitant était remplacé par un râle glapissant et sonore par intervalles. Par intervalles aussi il y avait aphonie, sans douleur aucune au larynx (*Id.*).

Le nombre des selles fut le même que la veille, et, le 22, au moment de la visite, l'aphonie persistait : la stupeur avait beaucoup diminué au contraire ; la langue était collante, le ventre dans le même état que la veille, sauf les taches typhoïdes qui étaient un peu plus nombreuses. Le pouls était à quatre-vingt-six, la chaleur peu considérable. La vue et l'ouïe paraissaient intactes. (*Solut. de sirop tartar.*)

Depuis lors jusqu'au 2 mai, l'aphonie fut constante, toujours sans douleur au larynx : le râle sous-crépitant reparut le 25 avril, et était remplacé par quelques craquements le 27 ; la langue fut toujours plus ou moins sèche, quelquefois fendillée, et tout l'intérieur de la bouche, le voile du palais

compris, était rouge, sans enflure évidente, le 27. Les selles varièrent de trois à six en vingt-quatre heures; la rate continua à prendre du développement jusqu'au 26, puis son volume diminua rapidement, de manière qu'au 1er mai on ne la sentait plus sous les côtes. Le pouls fut généralement à quatre-vingt-quatre, l'intelligence toujours intacte, le malade put constamment se mettre assez vite à son séant; les taches roses, lenticulaires, avaient disparu le 1er mai. (On cessa tout-à-fait l'eau de Sedlitz à compter du 26, à raison du dégoût qu'elle causait au malade.)

Du 2 au 11 mai, l'aphonie continua, complète et non interrompue; le malade laissa aller sous lui, sous prétexte qu'il ne pouvait pas appeler : à un jour près, la langue fut constamment sèche et fendillée, sans être encroûtée; le ventre fut un peu météorisé jusqu'au 8 : la chaleur fut médiocrement élevée, le pouls varia de soixante-douze à quatre-vingts, fut quelquefois redoublé, ordinairement sans caractère particulier, n'étant alors ni plein, ni vide, ni dur, ni faible. Il y eut de la stupeur à divers degrés jusqu'au 7. — Pour tout traitement, on eut recours à des fomentations d'oxicrat sur le ventre et sur les membres inférieurs, à la solution de sirop tartareux; on commença à donner un peu de bouillon coupé le 9, et, le 11, le malade accusant de l'appétit, on lui donna deux légers potages.

Depuis lors jusqu'au 20, l'amélioration fit des progrès continuels, à part l'aphonie qui resta, comme avant, continue et complète; l'appétit alla en augmentant; aux potages on ajouta un œuf et une mouillette de pain, le 18; et, le 25, le malade mangeait la demi-portion. La diarrhée cessa complétement le 23, et, à partir du 20, le pouls ne dépassa pas soixante pulsations; il était à cinquante-deux, le 25. Cependant je remarquai, le 17, un écoulement de

pus qui avait lieu par l'oreille gauche, et qui, au rapport du malade, existait depuis six jours. Et, le 21, M. le docteur Ménières, me fit remarquer une large perforation du tympan du même côté.

Le 26, et depuis la veille au soir, la voix revenait par intervalles, et le malade attribuait cette amélioration à un mélange de bouillon et de vin qu'il prenait pour la troisième fois.

Il quitta l'hôpital le 10 juin, ayant toujours la voix très altérée, comme déchirée, un reste d'écoulement par l'oreille, d'ailleurs très bien portant.

Sans rechercher si les premiers symptômes éprouvés par le malade, ceux qui remontaient au 3 avril, appartiennent à l'affection typhoïde ou à une fièvre intermittente, ce que le défaut de renseignements ne permet pas de décider d'une manière rigoureuse, je remarquerai que les symptômes recueillis depuis le 19 ne peuvent laisser de doute sur l'existence d'une affection typhoïde, dans le cas dont il s'agit; que cette affection remontait au moins au 14 du même mois, puis que j'observai, dès le 20, des taches roses, lenticulaires, qui ne se développent pas, comme on l'a vu plus haut, moins de six jours après le début : de manière qu'au moment où l'aphonie fut constatée pour la première fois, il y avait au moins sept jours que la maladie avait débuté, peut-être même dix-sept, ce qui est le plus vraisemblable; que l'affection était arrivée à une époque à laquelle des symptômes secondaires plus ou moins graves ont lieu, dans un grand nombre de cas. L'aphonie persista sans interruption, sans douleur au larynx, pendant trente-cinq jours, bien au-delà de la convalescence; après quoi la voix reparut, altérée il est vrai,

et l'altération persistait encore, et toujours au même degré, quinze jours après.

Mais à quelle cause rapporter l'aphonie du sujet quinous occupe? Quelle lésion du larynx a pu l'exciter et la maintenir complète pendant un espace de temps aussi considérable? Si le lecteur n'oublie pas que l'inflammation non-couenneuse du larynx amène plutôt l'altération de la voix que sa suppression; que cette inflammation, quand elle est aiguë, comme il faudrait l'admettre ici, est accompagnée de douleur et de sécheresse à la région du larynx, symptômes qui n'ont pas existé dans le cas actuel : si le lecteur ne perd pas de vue que l'inflammation couenneuse du larynx est nécessairement accompagnée d'une dyspnée plus ou moins considérable, laquelle n'a pas eu lieu chez notre malade; il sera porté à croire que chez lui, très probablement, il y a eu, comme je l'ai fait remarquer dans deux cas où la maladie a eu une terminaison funeste, une ulcération du larynx; ulcération assez profonde sans doute, puisqu'à la sortie du sujet la voix était loin d'être complétement rétablie. Et cette manière de voir doit paraître d'autant plus vraisemblable, que le seul cas (parmi les sujets qui succombèrent) dans lequel il y eut aphonie pendant long-temps et d'une manière continue, est celui d'un sujet dont le larynx offrait une large ulcération.

§ 2.

De la respiration.

Toux, crachats, diverses espèces de râle.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Trente-huit sujets eurent de la *toux*, à des époques va-

riées de l'affection ; un sixième d'entre eux dès le début ; les autres du troisième au douzième jour. Généralement très faible, peu de malades s'en plaignirent (obs. 16, 38). Ordinairement stationnaire, elle augmentait ou diminuait dans les derniers jours de la vie, chez quelques sujets ; et elle ne parut exiger l'application d'aucun moyen particulier, sauf une potion gommeuse dans cinq cas. Déjà existante chez trois malades, quinze jours, un et quatre mois avant le début des premiers symptômes, elle n'augmenta pas d'une manière sensible ensuite.

Les *crachats* étaient rares, quelquefois sanglants, un, deux, trois et quatre jours de suite. Des épistaxis avaient eu lieu à la même époque ; et le mode de coloration de ces crachats, par lames, indiquait assez quelle en était la source, qu'on ne devait pas la chercher dans les bronches. Les crachats eurent un autre aspect, furent plus ou moins exactement puriformes chez trois sujets, peu après le début, ou à une époque plus ou moins avancée de la maladie. — Les bronches offraient une rougeur plus ou moins vive et un léger épaissississement dans quelques points, dans un des cas dont il s'agit (obs. 16, 28, 34).

Les malades qui toussaient furent auscultés plus ou moins fréquemment, et tous, à trois exceptions près, offraient un *râle* sec et sonore, ou sifflant, quelquefois muqueux, ordinairement universel et très bruyant, qu'on ne rencontre pas au même degré, ou d'une manière aussi universelle, à beaucoup près, dans le catarrhe pulmonaire aigu primitif, simple, à part quelques cas rares. Ce râle était d'autant plus digne de remarque que, malgré son étendue, la respiration était peu gênée alors, infiniment moins que dans le catarrhe pulmonaire simple, dans les mêmes circonstances. Et c'est surtout la disproportion entre la dyspnée et

le râle, qui donne à celui-ci quelque chose de caractéristique dans l'affection typhoïde; de manière que sa présence, dans un cas douteux, quand l'affection est légère, les symptômes cérébraux peu prononcés, pourrait éclairer le diagnostic. Il importe beaucoup de connaître ces résultats de l'auscultation pour éviter des erreurs graves, dans lesquelles j'ai vu tomber un médecin, fort habile d'ailleurs, mais n'ayant pas l'habitude de l'auscultation. Toutes les fois qu'il rencontrait le râle dont il s'agit dans le cours d'une affection typhoïde, même légère, il croyait, malgré le peu de dyspnée des malades, avoir à faire à un catarrhe pulmonaire intense, et il prescrivait des saignées sans succès.

Ce râle avait lieu aux cinquième, sixième et huitième jour de l'affection, chez des sujets observés, pour la première fois, à cette époque, et qui avaient commencé à tousser dès le début, ou la veille du jour où je les examinais.

Au râle sec et sonore se joignit, dans un assez grand nombre de cas, un peu de crépitation (obs. 3, 5, 14, 16, 32, 33, 34, 37, 42); toujours dans un espace très borné, dans les derniers temps de la maladie, deux, trois, quatre jours avant le terme fatal; rarement à une époque antérieure; et dans deux cas où je l'ai observée huit et dix jours avant la mort, la crépitation disparut promptement (obs. 14, 16). Il en fut de même du râle sec et sonore chez quelques sujets; ce qui indique la nécessité de revenir assez souvent à l'auscultation, pour pouvoir affirmer le défaut absolu de râle.

Dans presque tous les cas où la crépitation eut lieu, j'ai trouvé, à l'ouverture des corps, les poumons engoués ou hépatisés dans une médiocre étendue, dans le point correspondant à celui où le râle crépitant avait été entendu; de manière qu'il faut admettre que le début de ce râle, qui était

presque le seul signe de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, chez les sujets dont il s'agit, indiquait le début de cette affection.

On a donné, dans ces derniers temps (Laënnec), une grande importance à la toux des sujets atteints d'affection typhoïde, de manière à l'en considérer, pour ainsi dire, comme un des éléments essentiels : mais cette opinion me paraît èrronée. La toux est, à la vérité, très fréquente dans le cours de l'affection typhoïde, comme nous avons vu; mais elle n'a pas lieu chez tous les sujets; elle débute rarement le premier jour de l'affection, paraît, dans la plupart des cas, du quatrième au dixième, quelquefois plus tard; elle suit, en un mot, la marche de toutes les affections secondaires, et dépend d'une altération des bronches, beaucoup plus légère, probablement, que celle de la plupart des autres organes; de manière qu'il n'y a aucune raison de l'envisager d'une manière différente.

On s'explique aisément, d'ailleurs, comment l'attention des médecins s'est spécialement arrêtée sur la toux des sujets atteints d'affection typhoïde, ce symptôme sollicitant lui-même l'attention, tandis qu'il faut rechercher l'existence des autres.

On n'objectera pas sans doute à ce qui précède, que la toux est beaucoup plus fréquente dans le cours de l'affection typhoïde que dans celui des autres maladies ; puisqu'il en est ainsi de tous les symptômes secondaires.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

La toux eut lieu chez cinquante des cinquante-sept sujets dont l'affection fut *grave*. Elle fut généralement faible et rare, en sorte que j'aurais bien souvent méconnu son

existence, si je me fusse borné à prendre note de ce dont j'étais témoin. Elle débuta le premier jour de l'affection, dans la cinquième partie des cas, toujours peu considérable alors ; et chez plus d'un sujet il m'a semblé qu'elle n'avait eu lieu, à cette époque, que pour faciliter l'excrétion des mucosités du pharynx ; en sorte que le nombre de ceux qui n'eurent pas de toux bronchique (qu'on me permette cette expression), était probablement plus considérable que je ne l'ai dit. Chez les autres individus, la toux débutait ordinairement du sixième au quinzième jour de l'affection, quelquefois avant, plus rarement après. Dans quelques cas, après avoir été rare et légère pendant un certain espace de temps, elle devenait considérable ; et alors il y avait, chez la majorité des sujets, une inflammation, ordinairement très bornée, du parenchyme pulmonaire.

Huit malades dont la toux fut toujours extrêmement légère, furent auscultés plusieurs fois avec attention, sans que j'aie pu constater l'existence d'aucune espèce de râle, dans toute l'étendue de la poitrine. Il y avait un râle sec et sonore, ou muqueux et presque universel en arrière, chez les autres, semblable à celui dont il a été question ci-dessus. Dans six cas, un râle crépitant et sous-crépitant, borné à la partie postérieure du thorax, s'y joignit, pendant l'espace de cinq à dix jours, du douzième au trentième de l'affection. Ce râle annonçait le début d'une phlegmasie, presque toujours peu considérable, du parenchyme pulmonaire, dont aucun autre symptôme caractéristique ne révélait l'existence ; moins sans doute à cause du peu d'étendue de la phlegmasie, qu'à raison de la faiblesse des malades, au moment où elle se manifestait. Toutefois, chez une jeune fille dont la faiblesse fut extrêmement profonde, la crépitation fut étendue, persista pendant un mois, et la percus-

sion rendait un son obscur dans le point correspondant. Mais dans ce cas, comme dans les autres, les crachats n'offrirent rien de caractéristique.

Trois sujets eurent des douleurs sur les côtés de la poitrine, deux passagèrement, un pendant huit jours, et à un degré assez remarquable : et chez ce dernier malade la percussion du thorax rendit un son mat, la voix retentit dans le point correspondant. Il n'y eût de râle crépitant dans aucun point. Suivant toutes les apparences, il y eut ici un épanchement pleurétique, le seul qui se soit présenté à mon observation chez les sujets dont il s'agit. Et comme il n'y eut de symptômes de péricardite ou de péritonite dans aucun cas, il faut en conclure que sur cinquante-sept sujets atteints d'affection typhoïde grave, un seul était l'exemple de l'inflammation de l'une des membranes séreuses. Conclusion qui est en harmonie avec ce que nous avons vu, dans la deuxième partie de cet ouvrage, de la rareté de l'inflammation de ces membranes chez les sujets qui ont succombé.

La toux fut un peu moins fréquente dans les cas où l'affection fut *légère*. De vingt-deux sujets chez lesquels il en a été fait mention, six n'en éprouvèrent à aucune époque. Elle débuta le premier jour de l'affection chez sept malades, du quatrième au vingtième chez les autres ; fut généralement très légère, et incommode dans quatre cas seulement. — Les crachats furent peu abondants, muqueux, quelquefois semblables à une dissolution de gomme. — De dix-sept sujets dont la poitrine fut convenablement explorée, douze avaient un râle sec, sonore ou muqueux, dans une étendue assez considérable. Un peu de râle sous-crépitant s'y mêla, pour quelques jours, à une distance assez éloignée du début, dans deux cas.

Parmi les faits observés par M. le docteur Barth, deux sont relatifs à des sujets qui ont guéri après avoir eu un épanchement dans un des côtés de la poitrine, sans doute un épanchement pleurétique; ce qui ne fait que confirmer les résultats de mes propres observations.

L'*enfant*, comme l'adulte, présente souvent des symptômes du côté des organes de la respiration, dans le cours de l'affection typhoïde. Ainsi, M. Rilliet a observé la toux chez les quatre cinquièmes des malades soumis à son observation, tantôt plus, tantôt moins considérable, tantôt sèche, tantôt humide, et, dans la majorité des cas, dès le début, pendant tout le cours de la maladie. — Le râle le plus ordinaire était le sibilant, et il avait souvent lieu dans toute l'étendue de la poitrine: mais il n'y en eut d'aucune espèce, le bruit respiratoire fut constamment pur et naturel, chez douze malades dont l'affection fut légère et d'assez courte durée.

M. Taupin a observé la toux dans une proportion plus considérable encore que M. Rilliet, de manière qu'elle n'a manqué que dans quatre des cas soumis à son observation. Le même médecin a vu le catarrhe pulmonaire débuter chez les enfants, les deuxième, troisième, quatrième jour de la maladie, dans des cas où celle-ci avait été contractée à l'hôpital. Dans les autres, la toux commençait ordinairement les cinquième et sixième jour. — Le catarrhe pulmonaire fut assez grave chez quelques sujets pour compromettre leur existence.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës, non typhoïdes.*

Deux individus, sur trois atteints de *péritonite*, eurent de

la toux; l'un, dès le début de l'affection, l'autre, dans les trois derniers jours de la vie. — Les poumons étaient sains chez celui-ci, et un peu engoués chez l'autre.

Trois sujets emportés par la *variole*, du onzième au dix-huitième jour de la maladie, eurent un peu de toux. Elle fut accompagnée de crachats insignifiants, et elle débuta du deuxième au sixième jour de l'affection. — Les poumons étaient en goués dans un cas, n'offraient rien de remarquable dans les autres.

La toux eut encore lieu, au sixième jour d'une *scarlatine* mortelle au trentième, dans un des deux cas où ce symptôme a été recherché.

De onze sujets qui succombèrent à l'*apoplexie* ou au *ramollissement du cerveau*, aucun n'eut de toux, bien qu'à l'ouverture des corps les poumons fussent engoués ou hépatisés chez plusieurs d'entre eux. Nouvelle preuve de l'influence du trouble des fonctions cérébrales sur le développement des symptômes propres aux lésions de nos organes.

Deux sujets, sur cinq qui furent atteints d'*hydrocéphale*, eurent un peu de toux, à partir des troisième et quatrième jour de la maladie.

Enfin, la toux eut lieu dans deux cas d'*érysipèle* des membres inférieurs, à compter des septième et trentième jour de l'affection, chez des individus dont les poumons n'offraient que de légères altérations, et chez lesquels je trouvai un peu de râle muqueux.

4° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.*

Sept sujets, sur douze qui furent atteints de *variole*, eurent de la toux. Assez considérable dans un cas, elle fut légère

dans les autres, débuta du quatrième au sixième jour chez trois malades, et persista de cinq à dix. — Les crachats n'offrirent rien de remarquable, et il n'y eut de râle (muqueux et sous-crépitant) que chez un sujet.

La toux fut beaucoup plus fréquente dans le cours de la *scarlatine*, où elle ne manqua que chez la sixième partie des malades. Elle débuta le premier jour de l'affection chez trois d'entre eux, du deuxième au dixième chez les autres. Elle eut rarement de huit à dix jours de durée, fut accompagnée, dans la moitié des cas, de râle sec et sonore, ou muqueux, dans une médiocre étendue.

Les treize sujets atteints de *rougeole* eurent de la toux, pendant un certain temps; six dès le début, les autres du deuxième au septième jour de l'affection; en sorte que la toux doit être considérée ici, moins comme un symptôme accessoire, que comme un phénomène essentiel de la maladie elle-même : aussi persista-t-elle plus long-temps que dans la scarlatine; et elle fut accompagnée d'un peu de râle sous-crépitant ou sonore, dans les deux tiers des cas.

Il n'y eut de toux que chez la troisième partie des sujets atteints d'*angine gutturale*; et la sécrétion muqueuse ne fut sensiblement augmentée que dans la moitié des cas. Ce qui semble indiquer qu'il n'y avait, dans l'autre moitié, qu'une simple irritation, peut-être sympathique, et due au voisinage de la maladie principale : conjecture d'autant plus plausible, que la toux débuta le premier jour de l'affection, chez la moitié des individus.

La toux eut lieu, pour quelques jours seulement, dans la troisième partie des cas d'*érysipèle* de la face, et dans la cinquième partie de ceux de *rhumatisme*; soit en été, soit en hiver; un peu plus souvent dans cette dernière saison, et ordi-

nairement à une époque peu éloignée du début. Elle fut toujours peu considérable.

Vingt-trois des quatre-vingt-quatre sujets atteints d'*entérite* proprement dite, eurent de la toux ; mais cette toux n'eut lieu que de loin en loin, fut très légère et rarement accompagnée de quelques crachats, plus rarement encore de quelque râle; de manière que je n'en ai observé que dans cinq cas. — Des vingt-trois individus dont il s'agit, douze furent malades en hiver; et si l'on remarque qu'étant obligés de se lever très souvent, par une température froide, la nuit comme le jour, étant en sueur, ils étaient ainsi exposés aux causes les plus énergiques du catarrhe pulmonaire; on conviendra que chez eux la toux ne pouvait être attribuée au genre de la maladie que dans un bien petit nombre de cas, et que, à part les causes étrangères à la nature de l'affection, elle était, comme les autres symptômes secondaires, réellement moins fréquente dans le cours de l'entérite, que dans celui des autres affections aiguës.

Ainsi la simple exposition des faits montre que la toux, comme je l'avais annoncé, a lieu à divers degrés et dans des proportions variées, dans les diverses maladies aiguës qui n'ont pas leur siége dans les poumons; qu'elle est plus fréquente dans l'affection typhoïde que dans toute autre, généralement proportionnée à l'intensité du mouvement fébrile; et je n'insisterai pas davantage sur ce point.

Après avoir comparé aux symptômes de l'affection typhoïde, leurs analogues dans le cours des autres maladies aiguës, je crois utile de jeter un coup d'œil sur les faits du même genre que j'ai observés chez des individus atteints de fièvre intermittente. En voyant les mêmes symptômes se

duire encore quelquefois, dans des cas où il n'y a plus rien de commun avec les précédents qu'un seul phénomène, le mouvement fébrile, l'influence de celui-ci sur le développement des symptômes ou des lésions secondaires n'en sera que plus évidente.

ARTICLE XI.

Des fièvres intermittentes.

Comme mon dessein n'est pas de chercher à approfondir la nature ou la marche des fièvres intermittentes, je passerai rapidement sur tout ce qui peut y avoir rapport; et j'exposerai successivement, comme je l'ai fait jusqu'ici, ce qui est relatif à l'état du ventre, de l'estomac, etc., etc., afin de savoir ce que ces maladies ont de commun avec celles dont il a été question jusqu'ici, et d'éclairer les unes par les autres.

§ 1.

Des douleurs de ventre.

De quarante sujets atteints de *fièvre quotidienne*, dix-huit eurent des douleurs dans l'abdomen, neuf dans l'hypocondre gauche, neuf à l'ombilic. Ces dernières survinrent à une époque plus ou moins éloignée du début, coïncidèrent, dans deux cas, avec des selles liquides, avec une légère constipation dans les autres; et elles furent passagères dans tous (un jour ou deux). — Les douleurs dans l'hypocondre gauche eurent lieu dès le début de l'affection, ne se manifestèrent que dans l'accès, dans le frisson surtout, chez six malades, parmi lesquels trois me dirent avoir éprouvé, dans le même temps, un sentiment de tuméfaction dans le même point.

La rate était très volumineuse chez ces trois sujets, et elle était aussi, très probablement, le siége des douleurs qu'ils éprouvèrent. Son volume était encore augmenté dans cinq cas où l'hypocondre gauche était indolent, et l'on peut se demander quel était le siége des douleurs hypocondriaques chez les individus dont la rate n'était pas sensiblement plus volumineuse que dans l'état sain. Ce problème ne me paraît pas susceptible d'une solution rigoureuse. J'observerai, toutefois, que la rate était l'organe le plus souvent et le plus manifestement altérée dans les maladies dont il s'agit, que dans plusieurs cas où l'on ne pouvait constater l'augmentation de son volume à travers les parois de l'abdomen, la poitrine ne résonnait pas dans le point correspondant, la respiration paraissant d'ailleurs dans l'état naturel; qu'ainsi cette augmentation n'en existait pas moins; qu'il est infiniment probable, dès-lors, que dans tous ou presque tous les cas où l'hypocondre gauche était douloureux, la rate était plus ou moins altérée; qu'il n'est guère possible de placer dans un autre organe la douleur dont il s'agit : en sorte que, suivant toutes les probabilités, l'intestin n'aurait été le siége de quelques douleurs, ordinairement passagères, que dans neuf cas.

Seize des trente-six sujets affectés de *fièvre tierce* eurent des douleurs de ventre; douze dans l'hypocondre gauche, quatre dans d'autres parties de l'abdomen. La douleur de l'hypocondre débuta dès le premier jour de l'affection, ne fut sensible que dans l'accès, chez huit malades; elle eut encore lieu, dans ses intervalles, chez les autres.

Le volume de la rate était manifestement augmenté, dans douze des vingt-huit cas où le sulfate de kinine fut administré; et parmi ces cas se trouvent cinq des sujets qui avaient des douleurs dans l'hypocondre gauche. Et si l'on

fait aux cas dans lesquels ces douleurs existaient, sans que l'augmentation du volume de la rate fût sensible à travers les parois de l'abdomen, l'application des précédentes réflexions, on en conclura que très probablement aussi, dans tous ou presque tous les cas, les douleurs de l'hypocondre gauche avaient leur siége dans la rate, dont le volume était augmenté chez un nombre de sujets supérieur à celui qui a été indiqué.

De huit malades atteints de *fièvre quarte*, un seul eut quelques douleurs de ventre, bien que le volume de la rate fût considérable chez quatre d'entre eux.

Sur vingt-cinq malades dont la fièvre prit successivement *différents types*, sept eurent des douleurs de ventre; quatre dans l'hypocondre gauche, trois dans d'autres parties de l'abdomen. Les douleurs hypocondriaques furent bornées au temps de l'accès; les autres furent variables et accompagnées de selles liquides, pendant un certain espace de temps.

Le volume de la rate était manifestement augmenté chez douze malades, parmi lesquels s'en trouve un de ceux qui eurent de la douleur dans l'hypocondre gauche; et, comme chez les sujets dont la fièvre eut un type uniforme, la percussion de la poitrine fut mate en arrière, à gauche et inférieurement, dans quelques cas où l'on ne sentait pas la rate à travers les parois de l'abdomen (trois). D'où, les mêmes conséquences qui ont été tirées précédemment.

En résumé, de quarante-un sujets qui éprouvèrent des douleurs de ventre, vingt-cinq en eurent dans l'hypocondre gauche exclusivement, les autres dans différentes parties de l'abdomen, ordinairement à l'ombilic, toujours pour peu de temps (un, deux, rarement trois jours), sans

rapport évident avec les heures de l'accès, à une époque variable de l'affection ; tandis que dans les trois cinquièmes des cas où elles eurent lieu dans l'hypocondre gauche, les douleurs étaient bornées à l'accès et débutaient avec le premier. Il semblerait donc que ces douleurs doivent être considérées comme essentielles à l'affection, les autres n'en étant qu'un symptôme accessoire, semblable à ceux que nous avons rencontrés dans le cours des maladies à type continu 1).

§ 2.

De la diarrhée.

Elle eut lieu chez la sixième partie des sujets atteints de *fièvres quotidiennes* ; dès le premier ou dès le second jour,

1) Si l'on rapproche les cas dans lesquels il y eut des douleurs dans l'hypocondre gauche dès le début, de ceux où le volume de la rate était manifestement augmenté et facile à constater à travers les parois de l'abdomen, on aura cinquante-deux sujets, chez plusieurs desquels il y avait en même temps douleurs et tumeur dans l'hypocondre gauche, chez lesquels cette partie de l'abdomen, et dans cette partie toujours la rate probablement, était affectée dès le début. Et comme je fais abstraction des cas où la percussion indiquait l'augmentation du volume de la rate, que cette augmentation ne peut être reconnue par ce moyen que quand elle est considérable, il n'est pas douteux qu'elle n'eût réellement lieu dans beaucoup de cas où je n'ai pu m'en assurer. — Si l'on ne peut pas dire que les fièvres d'accès ne consistent que dans une altération plus ou moins grave de la rate, puisque ce viscère conserve son volume dans l'intervalle des accès, et qu'on peut les supprimer sans que ce volume soit sensiblement diminué; néanmoins la rate mérite une grande attention de la part de ceux qui étudient les fièvres intermittentes, puisqu'elle est évidemment affectée à *leur début*, dans beaucoup de cas, et qu'elle l'est bien plus fréquemment que les autres organes, comme l'exposition des faits qui vont suivre en sera la preuve.

dans trois cas; au dixième, et pendant un espace de temps plus considérable, dans une quatrième; après la première ou la seconde prise de sulfate de kinine, chez trois autres, et pour trois ou quatre jours seulement.

La diarrhée fut spontanée dans les trois premiers cas, c'est-à-dire qu'elle ne fut provoquée ni par des médicaments d'une nature quelconque, ni par des erreurs de régime. Mais comme elle succéda à l'administration du sulfate de kinine dans les trois autres, on sera peut-être porté à croire qu'elle était, alors, l'effet de l'action de ce médicament, et que cette action est une preuve de la susceptibilité du canal intestinal dans les fièvres d'accès. A ces suppositions je répondrai que le dévoiement étant survenu spontanément chez trois sujets, serait peut-être survenu de la même manière chez les trois autres, si le sulfate de kinine ne leur eût pas été administré ; qu'en supposant que ce sel ait provoqué les évacuations alvines qui ont suivi son administration, cela prouverait seulement une prédisposition très grande, une susceptibilité très prononcée de la muqueuse dans les cas en question, sans qu'il soit possible d'en rien conclure pour les autres, puisque presque tous les sujets ont pris du sulfate de kinine, et que ceux dont il s'agit sont les seuls chez lesquels il ait été suivi de dévoiement. Et je conclurai de tout ceci, qu'il est arrivé dans ces cas de fièvre quotidienne ce que nous avons observé dans les autres maladies aiguës, où la diarrhée survient spontanément dans un plus ou moins grand nombre de cas, et est provoquée par des excitants, chez quelques sujets qui y sont prédisposés, quel que soit d'ailleurs le siége de l'affection primitive. On ne saurait, il me semble, envisager les faits d'une autre manière.

Sept sujets, ou la cinquième partie de ceux qui furent atteints de *fièvre tierce*, eurent de la diarrhée : cinq, dès le début, pendant un ou deux jours ; deux, à une époque plus ou moins avancée de l'affection.

Les cinq premiers étaient du nombre de ceux (dix) qui firent des excès au début ; la diarrhée vint spontanément chez les deux autres, ne succéda, dans aucun cas, à l'administration du sulfate de kinine, ni à celle des remèdes plus ou moins violents donnés aux malades, antérieurement à leur admission à l'hôpital.

Il n'y eut de dévoiement que dans un cas de *fièvre quarte* qui dura quatre mois, et sans laquelle ce dévoiement aurait bien pu, sans doute, se déclarer.

Cinq sujets, sur vingt-quatre qui furent atteints de fièvre intermittente à *type varié*, eurent du dévoiement : l'un deux dès le début et à la suite d'excès, les autres à une époque plus ou moins éloignée, spontanément, et non à la suite du sulfate de kinine.

En retranchant des cas de diarrhée ceux où elle a été provoquée par des excès, nous aurons neuf exemples de ce symptôme, sur cent neuf malades atteints de fièvre intermittente. C'est-à-dire que la diarrhée eut lieu chez la douzième partie des sujets, toujours légère et pour peu de temps ; proportion peu considérable et assez en harmonie avec une des causes présumées de cette affection, le mouvement fébrile (1).

§ 3.

Des douleurs à l'épigastre.

Ces douleurs eurent lieu chez six des quarante sujets qui

(1) Évidemment si le siége des fièvres intermittentes devait être la rate ou l'intestin, ce ne serait pas l'intestin.

furent atteints de *fièvre quotidienne ;* ordinairement pour vingt-quatre heures, quelquefois pendant la toux seulement, ou par la pression ; un ou plusieurs jours après l'administration du sulfate de kinine, chez deux malades.

Dans sept des trente-six cas de fièvre *tierce,* il y eut des douleurs à l'épigastre. Elles débutèrent sans cause connue chez tous les sujets, ordinairement à une époque plus ou moins avancée de l'affection. Elles durèrent de vingt-quatre à quarante-huit heures chez trois d'entre eux, se prolongèrent de quatre à quinze jours chez les autres. Elles n'eurent lieu qu'à l'heure des accès chez deux de ces derniers ; elles étaient continues chez les deux autres, les seuls qui en éprouvèrent dès le début.

Un des malades affectés de *fièvre quarte* eut des douleurs épigastriques pendant trois semaines, et ces douleurs étaient soulagées après le repas.

Quatre sujets sur vingt de ceux qui eurent une fièvre intermittente *à type varié*, éprouvèrent les mêmes douleurs ; trois, passagèrement, à des époques variées ; un seul, du premier au septième jour de l'affection, et pendant l'accès seulement.

En somme, il y eut des douleurs à l'épigastre chez dix-huit des cent neuf sujets dont il s'agit : mais si l'on retranche de ces cas celui où les douleurs diminuaient par l'ingestion des aliments ; si l'on ne perd pas de vue que dans plusieurs autres elles étaient très passagères et seulement excitées par la pression ; si l'on se rappelle que dans les maladies continues, la douleur à l'épigastre ne tient pas toujours, à beaucoup près, à une affection appréciable de la membrane muqueuse de l'estomac ; on verra combien se réduit le nombre des cas d'une irritation ou inflammation

gastrique, à laquelle on pourrait rapporter la douleur dont il s'agit (1).

§ 4.

Des nausées et des vomissements.

Dix des sujets atteints de fièvre *quotidienne* eurent des nausées; trois, spontanément; les autres, à la suite de boissons prises en trop grande abondance au moment de l'accès, ou après quelques verres de tisane amère, un peu de bouillon, ou quelques aliments de difficile digestion. Les nausées furent limitées au moment de l'accès dans un des trois cas où elles eurent lieu spontanément.

Deux malades eurent des vomissements. Ils étaient bilieux et bornés à l'heure de l'accès, chez un malade qui en éprouva vingt jours de suite; et, bien que ce malade n'ait ressenti de douleurs à l'épigastre à aucune époque de la maladie, on ne saurait douter qu'il n'ait eu, au moment de l'accès, une irritation plus ou moins vive de la membrane muqueuse de l'estomac, peut-être du foie (2).

(1) En admettant, ce qui ne me paraît pas douteux, qu'il y ait eu chez quelques-uns des sujets dont il s'agit une inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, cette inflammation était aussi rare que légère, puisque dans aucun cas il n'y eut à la fois douleurs épigastriques et vomissements. Ce qui prouve d'ailleurs combien la membrane muqueuse de l'estomac était peu susceptible, dans le cours des fièvres tierces, par exemple, c'est que beaucoup de ceux qui en furent affectés prirent de grandes doses de copalchi (4, 8 grammes, et plus), sans en éprouver le moindre inconvénient; que plusieurs mangèrent une heure ou une heure et demie avant l'accès, sans vomir ce qu'ils avaient mangé.

(2) Ce fait ne prouve ni que l'estomac soit le siége de la fièvre intermittente, en général, ni que sa membrane muqueuse soit plus impressionable que dans une autre affection, comme je l'ai fait voir dans la note précédente: car ce fait est unique, et trois malades qui prirent

Douze, ou la troisième partie des sujets atteints de *fièvre tierce*, eurent des nausées; neuf, dans l'accès, pendant la période de froid ou de chaud ; trois, dans l'apyrexie ; l'un, à différentes reprises, pendant vingt jours, les deux autres, momentanément. A part les cas où ils furent sollicités par des boissons trop copieuses, ou par des aliments de difficile digestion, les vomissements n'eurent lieu que chez trois sujets, toujours dans l'accès, dans la période de froid, ou dans celle de chaleur.

Un malade affecté de *fièvre quarte* eut des nausées pendant les accès et dans leur intervalle, vingt jours de suite ; et des vomissements quand il buvait trop copieusement, prenait des aliments de difficile digestion, ou des médicaments sous forme pulvérulente.

Il y eut des nausées dans quatre cas de fièvre tierce à *type varié;* une fois pendant l'accès, un seul accès ; à plusieurs reprises, dans l'intervalle de la fièvre, dans les autres.— Trois malades eurent des vomissements ; deux, entre les accès, à plusieurs reprises ; un, pendant l'accès, et une seule fois.

§ 5.

De la langue et de l'arrière-bouche.

1° La langue fut un peu plus rouge que dans l'état naturel, chez six individus atteints de *fièvre quotidienne*, pendant deux ou trois jours, et dans l'apyrexie. Elle fut seulement

du vin chaud sucré, au moment de l'accès, n'eurent ni douleurs à l'épigastre, ni nausées, ni vomissements. Il faut seulement en conclure que les affections fébriles intermittentes, quelle qu'en soit la cause, déterminent plus ou moins souvent, à divers degrés, des symptômes analogues à ceux qu'on observe dans le cours des maladies aiguës fébriles non-intermittentes.

sèche dans l'accès, chez un autre qui eut des vomissements. — Cette même sécheresse, sans rougeur, eut lieu pendant l'espace de trois à huit jours, dans trois cas de *fièvre tierce*, dont l'un était un exemple de diarrhée. La langue fut rouge et humide dans un autre, où il n'y eut ni vomissements ni diarrhée. — Elle était dans le même état chez deux des sujets affectés de *fièvre quarte*, dont plusieurs furent examinés pendant l'accès. — Elle n'offrit qu'un peu de sécheresse dans trois des cas où le type de la fièvre changea plusieurs fois; et il n'y eut de diarrhée dans aucun d'eux.

En supposant que les cas dans lesquels la langue était un peu plus rouge que dans l'état naturel dussent être rapportés à une faible nuance d'inflammation, ils n'étaient pas nombreux, et se trouvaient dans la proportion des autres symptômes.

2° Relativement à l'arrière-bouche, voici ce qui eut lieu. Quatre malades atteints de *fièvre quotidienne* offrirent une rougeur plus ou moins marquée d'une partie, ordinairement considérable, de l'arrière-bouche, accompagnée de douleurs; et chez l'un d'eux, le voile du palais et les amygdales étaient volumineux et tendus. — La même rougeur et la même augmentation de volume des mêmes organes eurent lieu, dans deux cas de *fièvre tierce :* il y eut, dans deux autres, une simple rougeur accompagnée de douleur au voile du palais et au pharynx. — Ces parties ne présentèrent rien de remarquable chez les sujets atteints de *fièvre quarte :* mais deux des malades dont l'affection revêtit successivement *plusieurs types*, eurent le pharynx et la luette plus ou moins rouges.

Ces faits, dont la nature ne peut être mise en doute, me semblent précieux, en ce qu'ils montrent plus clairement

qu'aucun autre, la part que prennent aux affections, même intermittentes, les divers organes de l'économie.

§ 6.

Des symptômes cérébraux.

La céphalalgie eut lieu dans tous les cas de *fièvre quotidienne*, hors trois. Elle était continue dans six, limitée au temps de l'accès dans les autres; plus considérable dans la période de chaleur que dans celle de froid, chez douze sujets, plus marquée au contraire dans le frisson, chez six; à peu près égale dans les périodes de chaud et de froid dans les autres. — Elle fut accompagnée d'une agitation violente chez plusieurs sujets, d'un délire plus ou moins remarquable chez cinq. Ce délire eut lieu tous les deux jours dans un cas, et il se renouvela constamment à chaque accès, dans un autre, pendant huit jours.

A part deux sujets atteints de *fièvre tierce*, tous eurent de la céphalalgie; cinq, sans interruption; le reste, pendant la durée de l'accès seulement. La céphalalgie eut plus de vivacité dans la période de froid que dans celle de la chaleur, dans six cas; ce fut le contraire dans les autres. Trois sujets eurent des vertiges; un quatrième, de l'assoupissement; un cinquième, de l'agitation pendant la nuit; trois, un peu de délire. Ce symptôme n'eut lieu qu'une fois chez l'un d'eux; il se reproduisit dans quatre accès consécutifs chez les autres.

Sept des huit malades affectés de *fièvre quarte* eurent de la céphalalgie; l'un d'eux après l'accès, les autres pendant l'accès seulement, dans la période de chaleur surtout. Aucun n'eut de délire.

Tous ceux, hors quatre, dont la fièvre prit successive-

ment *plusieurs types*, eurent des maux de tête; cinq, d'une manière continue, le reste pendant la durée de l'accès. La céphalalgie fut plus marquée pendant la sueur que dans les autres stades, dans un cas; pendant la chaleur, dans deux; pendant le frisson, dans trois; elle fut à peu près uniforme dans le cours des trois stades, chez le reste des sujets. — Un seul malade eut du délire pendant plusieurs accès.

§ 7.

Des organes des sens.

1° Des *épistaxis* copieuses et répétées eurent lieu chez sept sujets atteints de fièvre quotidienne; dans deux cas de fièvre tierce, dans deux autres de fièvre quarte, et elles furent plus abondantes dans ces derniers que dans aucun autre.

2° Quatre sujets atteints de fièvre quotidienne eurent des *bourdonnements et des sifflements d'oreille*; un cinquième eut *l'ouïe dure*. — Les bourdonnements existèrent dans un cas de fièvre tierce, et dans un de ceux où l'affection prit successivement plusieurs types.

3° Un malade eut, au neuvième accès d'une fièvre quotidienne, une *éruption* de plaques ortiées; trois eurent des vésicules d'herpès aux lèvres, quatre et cinq jours après le début. La même éruption eut lieu du cinquième au neuvième jour d'une fièvre tierce, dans quatre cas; et, dans un cinquième, des papules rouges, non purulentes, se développèrent après plusieurs accès, sur presque toute la surface du corps. J'observai des papules semblables chez un malade atteint de fièvre quarte, le lendemain de son admission à l'hôpital; et dans un cas où la fièvre changea de *type*, il y eut une abondante éruption de taches rouges.

§ 8.

Des douleurs dans les lombes et dans les membres.

Trente des quarante sujets atteints de *fièvre quotidienne*, eurent des douleurs dans les membres et dans les lombes; quelques-uns d'une manière continue, la très grande majorité dans l'accès seulement.

Les unes et les autres manquèrent chez treize des malades dont la fièvre avait le *type tierce*; elles furent continues chez trois d'entre eux, bornées à l'accès chez les autres, et plus fortes dans la période de chaleur que dans le frisson, à deux exceptions près.

Elles eurent lieu dans quatre cas de *fièvre quarte*, pendant l'accès, et seulement dans l'un des stades de chaud ou de froid.

Quatre sujets seulement, parmi ceux dont la fièvre changea plusieurs fois *de type*, eurent des douleurs dans les membres et dans les lombes. Un cinquième eut des mouvements spasmodiques dans les extrémités pendant l'accès, du cent soixante-dixième au cent quatre-vingt-dixième jour de l'affection; et, dans un cas où la rate était très volumineuse, il y eut de l'œdème aux membres inférieurs.

§ 9.

De la toux.

La toux eut lieu de loin en loin : 1° Chez dix-huit sujets atteints de *fièvre quotidienne*; et pendant l'accès seulement, dans quatre cas où j'ai pris des informations plus précises; une fois dans le frisson, trois fois dans la période de chaleur; 2° chez treize individus affectés de *fiè-*

vre tierce ; sept fois dans le stade de froid, une fois dans celui de la chaleur, à compter du quatrième ou du cinquième accès : 3° dans treize des cas où la fièvre changea de *type ;* quatre fois pendant la durée de l'accès seulement, dans la période de frisson ou de chaleur exclusivement.

Ainsi, les altérations d'organes ou de fonctions, observées dans le cours des maladies continues fébriles, existaient aussi dans celles dont le type était intermittent ; et la différence ne consistait guère que dans le plus ou le moins de fréquence et dans le degré. Un assez grand nombre de malades eut, en effet, des douleurs dans plusieurs parties de l'abdomen, de la diarrhée, des vomissements, des nausées, de la rougeur et de la sécheresse à la langue ; de la rougeur et de la douleur dans différentes parties de l'arrière-bouche, réunies dans quelques cas à un gonflement très marqué ; plusieurs espèces d'éruptions à la surface du corps et aux lèvres, de l'anxiété, du délire : en sorte que, quelle que soit la cause du mouvement fébrile, qu'il soit continu ou intermittent, on le voit toujours s'accompagner du trouble des mêmes fonctions, de l'altération des mêmes organes : et cette liaison ou cette dépendance doit paraître d'autant plus évidente ici, que l'altération des fonctions était fréquemment bornée à la durée de l'accès.

On ne saurait prétendre d'ailleurs que les viscères dont les fonctions étaient plus ou moins altérées, fussent la cause ou le siége de la fièvre ; que le mouvement fébrile fût tantôt l'effet d'une lésion de l'estomac, tantôt celui d'une altération des bronches ou des organes qui forment l'arrière-bouche, etc., etc. ; puisque dans la plupart des cas où le trouble d'une fonction, où la lésion d'un viscère eut lieu, c'était au troisième ou au quatrième accès. Il faut encore

remarquer qu'assez souvent il y avait, chez le même sujet, plusieurs symptômes annonçant le trouble de plusieurs fonctions; que la rate avait été manifestement altérée, dès le début, dans plusieurs cas où l'arrière-bouche était enflammée consécutivement; que c'est une nouvelle raison de ne pas mettre le siége de l'affection, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, et de considérer comme symptômes accessoires ou secondaires, ceux qui ont été successivement décrits.

ARTICLE XII.

État du sang tiré des veines pendant la vie (1).

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Douze malades furent saignés à diverses époques de l'affection, et leur sang se couvrit d'une couenne, dans cinq cas. Elle était assez ferme, épaisse et demi-transparente, dans l'un d'eux où la saignée fut faite dix jours avant le terme fatal; elle était molle, grise, verdâtre, gélatiniforme, dans les autres. Le caillot n'offrit de retrait que dans un des cas où il n'était pas couvert d'une couenne.

L'état du sang tiré des veines ne répondit pas toujours à celui qu'on observait après la mort; c'est-à-dire qu'on trouvait des caillots fibrineux sur le cadavre de quelques sujets dont le sang s'était couvert d'une couenne molle gélatiniforme pendant la vie : ce qui indique, ce me semble, que les altérations du sang, comme celles des viscères, rétrogradent à une certaine période de l'affection typhoïde; que même

(1) La saignée a été généralement bien faite dans tous les cas dont il va être question; et bien que la largeur de l'ouverture de la veine et d'autres circonstances aient quelque influence sur la coagulation du sang, je n'ai pas cru devoir en tenir compte dans mon analyse, ces circonstances étant les mêmes pour chaque groupe de faits.

dans les cas où cette maladie a une terminaison fâcheuse, le sang peut reprendre successivement ses caractères normaux, soit naturellement par suite même de la marche naturelle de la maladie, soit sous l'influence de ces lésions secondaires, ordinairement inflammatoires, qu'on rencontre si fréquemment dans le cours de l'affection qui nous occupe.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

La couenne était encore plus rare chez les malades atteints d'affection typhoïde qui ont guéri, que chez les précédents; de manière que huit seulement, sur trente-deux, me l'ont offerte. Elle était épaisse, jaunâtre, demi-transparente, dans un cas; dense et rouge, dans un autre; verdâtre, ordinairement mince, molle et gélatiniforme, dans six. — Il n'y eut de retrait que chez quatre malades, dont l'un avait le sang un peu couenneux.

3° *Chez les sujets atteints d'affections aiguës, non typhoïdes.*

Le sang fut examiné avec soin chez vingt-quatre sujets morts de *péripneumonie*, et il se couvrit d'une couenne chez dix-neuf d'entre eux; couenne ferme, épaisse à chaque saignée, dans quatorze cas; plus ou moins molle et quelquefois infiltrée dans les autres. Comme dans ceux-ci, le sang fut tiré à des époques très différentes de l'affection, dans les cas où il ne se couvrit pas de couenne. — Il n'y eut de retrait que chez les deux cinquièmes des malades, à peu près dans la même proportion chez ceux dont le sang était couenneux, et dans les cas où il était sans couenne.

La couenne était plus constante chez les cinquante-sept

péripneumoniques qui guérirent; de manière qu'elle ne manquait que chez six d'entre eux, et chez tous elle fut plus ou moins épaisse. Les six malades dont le sang ne fut pas couenneux furent saignés deux fois, et le caractère du caillot fut le même à chaque saignée. La couenne ne parut qu'à la deuxième émission sanguine dans cinq cas, et le contraire eut lieu dans quelques autres. — Il y eut un retrait plus ou moins considérable chez trente-trois sujets.

Le sang ne se couvrit d'une couenne légère que dans trois cas, sur cinq d'*hydrocéphale*, de *ramollissement du cerveau*, ou d'*apoplexie*; et dans un autre, relatif à un individu mort de ramollissement cérébral, non seulement il n'y eut pas de couenne, mais le sang ne se prit pas en masse : il resta demi-liquide.

Chez cinq sujets atteints de *scarlatine*, de *variole*, et de *rougeole*, dont l'issue a été heureuse, le sang se couvrit d'une couenne mince, peu résistante, à part un cas de scarlatine où elle était ferme et épaisse.

La couenne avait ce dernier caractère dans l'*érysipèle* de la face, cinq fois sur sept, et dans quatre cas d'*angine gutturale*. Elle fut molle dans un cinquième. La couenne était encore ferme et très épaisse, chez les neuf dixièmes des individus atteints de *rhumatisme*. Deux sujets affectés de *zona* ayant été saignés, n'en offrirent pas. Elle était assez épaisse dans trois cas d'*erythema marginatum* où le mouvement fébrile fut bien marqué; mince, au contraire, chez quatre des quinze malades affectés de *catarrhe pulmonaire*, qui furent saignés. Il n'y en avait pas chez les autres.

En définitive, la couenne et le retrait du caillot paraissent dépendre des mêmes circonstances, puisque dans les affections où le sang se couvrit rarement de couenne, et où cette

couenne fut molle et gélatiniforme, quand elle eut lieu, le caillot n'offrit de retrait que dans un très petit nombre de cas. L'état du sang était, comme les symptômes, à peu près le même chez les sujets atteints de la même affection, quelle qu'en fût la terminaison, et il offrait des différences plus ou moins remarquables suivant l'espèce de maladie dont les individus étaient atteints; en sorte que, si les symptômes de l'affection typhoïde diffèrent beaucoup de ceux des autres maladies, il en est généralement de même de l'état du sang, à part celui des individus atteints d'affections cérébrales, et qui sont en trop petit nombre, malheureusement, pour qu'il soit possible de les comparer rigoureusement, sous ce rapport, avec ceux qui éprouvèrent l'affection typhoïde.

Mais si l'altération du sang est constante dans le cours de nos diverses affections, est-elle consécutive ou antérieure à leur début? Suite nécessaire des maladies, en est-elle quelquefois la cause? Ce problème est impossible à résoudre dans l'état actuel de la science, et l'on conçoit combien l'incertitude qui règne sur ce point peut se prolonger, puisque la saignée, le meilleur moyen d'arriver à une démonstration rigoureuse, ne peut être faite qu'au moment où l'on est déjà malade, et que si alors (quelque rapprochée qu'elle soit du début), le sang offre la plus légère altération, on peut la croire consécutive. Toutefois, cette altération, loin d'être invraisemblable, est, au contraire, fort à présumer dans plusieurs cas. Elle n'est point invraisemblable, puisqu'on voit tous les jours des affections locales survenir chez les animaux à la suite de l'injection de certaines substances dans leurs veines, et des poisons en particulier; que plusieurs virus, celui de la variole et de la vaccine, ont très probablement le sang pour véhicule. Elle est présumable dans plusieurs cas de maladies d'organes placés à portée de la

vue, chez quelques sujets atteints d'angine gutturale et d'érysipèle, par exemple, quand ces maladies sont précédées, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, de symptômes généraux, qui ne peuvent pas être attribués à l'affection locale qui n'existe pas encore, et ont néanmoins une cause qui semblerait plutôt résider dans le sang que partout ailleurs. Des symptômes semblables, plus ou moins violents, précèdent l'éruption de la variole; n'est-il pas vraisemblable que le sang en est plutôt la source qu'un organe profondément situé, que du reste on ne saurait indiquer avec certitude? Sans doute ces probabilités ne sont pas des démonstrations; mais elles indiquent qu'il y a ici un point d'une extrême importance à éclairer, et vers lequel on ne saurait trop diriger son attention.

Telles étaient les réflexions auxquelles j'étais naturellement conduit, en 1828, par l'analyse des faits. Depuis, l'état du sang dans le cours des maladies aiguës, et en particulier dans celle dont je m'occupe spécialement dans cet ouvrage, a fixé l'attention des médecins. Je citerai parmi eux M. Bouillaud, qui, dans le premier volume de sa *Clinique*, pages 307 et suivantes, remarque que « dans la période » de l'affection typhoïde où les phénomènes inflammatoires » l'emportent sur les phénomènes typhoïdes ou putrides, » le sang n'a pas encore très notablement perdu de sa con- » sistance; qu'alors le caillot peut se couvrir d'une couenne » partielle ou générale; que dans la seconde période, celle » où les phénomènes putrides ou typhoïdes sont très pro- » noncés, le caillot du sang est constamment plus mou que » dans l'état normal; que cette mollesse peut être telle que » le sang ne forme plus qu'une sorte de pulpe diffluente, de » magma noirâtre. Dans les cas de ce genre, s'il se trouve » une couenne, elle est mollasse, infiltrée, gélatiniforme, »

Jusque-là, les résultats de l'observation de M. Bouillaud sont assez semblables à ceux que j'ai exposés. Mais ce médecin ne me semble plus dans le vrai quand il affirme que le sang typhoïde ne peut être confondu non seulement avec le sang franchement inflammatoire, mais avec le sang de tout autre état morbide, dans lequel il n'a pas existé de véritables phénomènes typhoïdes (page 309).

Déjà, en effet, j'ai cité un cas de ramollissement aigu du cerveau dans lequel le sang, à peine cailleboté, était aussi profondément altéré que dans aucun cas d'affection typhoïde : ce qui suffirait pour montrer que la proposition de M. Bouillaud est trop générale. Et, d'un autre côté, parmi les cas graves d'affection typhoïde, exposés par M. Bouillaud lui-même dans l'ouvrage indiqué, il en est dans lesquels le caillot de la saignée fut d'une consistance moyenne, telle qu'on la trouve dans un grand nombre de maladies non typhoïdes (obs. 10). J'ajoute que l'altération du sang fut profonde, que ce liquide était seulement cailleboté, dans plusieurs cas d'affection typhoïde considérés par M. Bouillaud comme de moyenne gravité, ou comme légers (obs. 15, 20, 29); en sorte qu'il est vrai de dire que si le sang est plus ou moins profondément altéré dans le cours de l'affection typhoïde, comme je le remarquais moi-même il y a douze ans, cette altération n'est ni constante, ni entièrement propre à cette maladie, ni toujours proportionnée à la gravité des accidents, à beaucoup près, et que, par conséquent, on ne peut pas dire que le sang des individus atteints d'affection typhoïde ne peut être confondu avec celui de tout autre état morbide.

On imprimait ces lignes quand parut le Mémoire de MM. Andral et Gavaret *Sur les modifications de propor-*

tion de quelques principes du sang dans les maladies (1). Les recherches de ces messieurs confirment celles que j'ai faites et les remarques qui précèdent; et comme elles reposent sur des faits nombreux, je crois devoir en citer ce qui se rapporte directement à mon sujet.

Et d'abord, je rappellerai au lecteur que MM. Andral et Gavaret, envisageant les maladies relativement au changement qu'elles peuvent amener dans la composition du sang, les divisent en quatre classes : 1° Les *phlegmasies*, dans lesquelles la fibrine est constamment augmentée; 2° les *pyrexies*, dans lesquelles la fibrine n'augmente jamais, et souvent diminue; 3° les maladies dans lesquelles il y a une diminution constante des globules, comme la *chlorose*; 4° enfin, les affections dans lesquelles l'altération fondamentale du sang porte sur l'albumine du sérum, qui est diminuée, comme dans la maladie de Bright.

Les pyrexies comprennent, suivant MM. Andral et Gavaret, les prodromes des fièvres continues, les fièvres continues simples, les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives (variole, varioloïde, rougeole, scarlatine), les congestions et les hémorrhagies cérébrales. Dans toutes ces maladies, sur lesquelles il ne conviendrait pas de discuter ici, le sang subit des modifications analogues, la fibrine est en quantité normale ou diminuée, en même temps que les globules sont en quantité normale ou augmentée. « Dans la *fièvre* » *typhoïde* en particulier, quelle que soit la période à la- » quelle on examine le sang, on ne trouve jamais la fibrine » élevée au dessus de son chiffre physiologique ; elle le » conserve assez souvent, mais souvent aussi elle s'abaisse » au-dessous de lui, offrant ainsi une manière d'être inverse

(1) Voyez l'*Expérience*, année 1840, n° 465.

» de celle qu'elle offre dans toute phlegmasie. En outre, tandis que dans celle-ci la fibrine augmente en raison directe » de l'intensité de la maladie, dans la fièvre typhoïde, au » contraire, la fibrine diminue en raison directe de la gravité de cette fièvre. La fièvre typhoïde est de toutes les » maladies, celle où nous avons vu, disent MM. Andral » et Gavaret, le chiffre de la fibrine descendu le plus bas. — » Quant aux globules, tandis que dans la phlegmasie ils se » montrent assez souvent avec un chiffre peu élevé dès » le début de la maladie, dans la fièvre typhoïde, c'est » une tendance inverse qui a eu lieu : plus on examine le » sang à une époque rapprochée de l'invasion de la fièvre, » plus on trouve de cas dans lesquels non seulement les » globules n'ont pas diminué, mais dans lesquels ils ont » augmenté d'une manière très notable. — En résumé, » une diminution de la fibrine d'autant plus marquée et plus » considérable que la fièvre typhoïde a elle-même plus de » gravité, voila le trait caractéristique de l'altération du » sang dans cette maladie. Un autre trait qui pourrait être » considéré comme une conséquence du premier, c'est un » excès de globules par rapport à la fibrine; mais dans » les premiers temps il n'y a, en réalité, (et cela même pas » toujours) qu'exces de globules, et la fibrine n'est alors » en moins que par rapport à eux. »

Dans les fièvres éruptives, MM. Andral et Gavaret ont obtenu les mêmes résultats généraux que dans la fièvre typhoïde et dans la fièvre continue simple.

Dans les congestions et hémorrhagies cérébrales, disent les mêmes observateurs, les résultats de l'examen du sang offre quelque chose d'inattendu et même de singulier. « En » effet, dans la majorité des cas, la fibrine était abaissée » au-dessous de son chiffre normal, tandis que les globules

» avaient conservé leur moyenne physiologique ou l'avaient » dépassée ; et ce double résultat était d'autant plus tranché, » continuent ces messieurs, que nous examinions le sang à » une époque plus rapprochée de l'invasion de la maladie. » C'est-à-dire que, comme je l'avais indiqué moi-même par l'observation simple, et c'est surtout ce que je voulais montrer, MM. Andral et Gavaret ont trouvé que l'altération du sang, qu'il est si ordinaire de trouver dans le cours de l'affection typhoïde, n'est pas propre à cette maladie, qu'on la retrouve encore dans un assez grand nombre d'autres affections aiguës; qu'il n'est pas possible, par conséquent, en voyant le sang tiré de la veine d'un malade encore jeune, de dire qu'il l'a été dans le cours d'une affection typhoïde, plutôt que dans celui d'une fièvre éruptive, ou d'une congestion, ou d'une hémorrhagie cérébrale.

CHAPITRE II.

DU DIAGNOSTIC.

Si le diagnostic n'est qu'une partie de l'histoire des maladies, cette partie en est assurément une des plus importantes, surtout quand il s'agit d'une affection grave, qui, comme celle qui nous occupe, se montre dans les degrés et sous les aspects les plus variés, qui peut facilement être confondue avec une autre, comme on le voit encore assez souvent, même de la part de quelques médecins expérimentés. On ne saurait par cela même porter une trop grande attention à cette partie de l'histoire de l'affection typhoïde, surtout si l'on considère son traitement, sur lequel il est impossible de s'entendre si l'on n'est préalablement d'accord sur les symptômes dont la réunion est nécessaire pour caractériser la

maladie ; aussi ne craindrai-je pas d'entrer ici dans les nombreux détails qui me semblent indispensables à l'intelligence du sujet.

Dans un premier article, je montrerai comment on peut arriver au diagnostic de l'affection typhoïde dans les cas graves et légers, quand les symptômes plus ou moins caractéristiques sont assez nombreux. Dans un second article, j'exposerai l'histoire de quelques malades dont l'affection eut une terminaison fâcheuse et fut méconnue, à une époque déjà éloignée, il est vrai, quand la confusion régnait encore dans l'étude de la maladie qui nous occupe. Dans un troisieme article, j'exposerai des faits dans lesquels les symptômes caractéristiques étant beaucoup plus prononcés que les lésions, la maladie eût certainement été méconnue à l'ouverture du corps, sans une attention assez grande, qui, du reste, ne doit jamais abandonner l'observateur. Enfin, dans autant d'articles séparés, j'exposerai des faits qui auraient pu être pris pour autant de cas d'affection typhoïde, bien qu'étrangers à cette maladie, et je recherchérai si le typhus des camps et le typhus fever de l'Angleterre, sont la même maladie que l'affection typhoïde.

ARTICLE PREMIER.

Du diagnostic dans les cas graves et légers, non latents.

Si les douleurs de ventre, et surtout la diarrhée qui eut lieu, à trois exceptions près, chez tous les malades dont nous avons étudié l'histoire, sont d'une grande importance pour la détermination du début de l'affection, elles en ont encore beaucoup relativement au diagnostic ; vu que si on les rencontre encore dans le cours d'autres maladies aiguës, c'est, (j'en excepte l'entérite proprement dite) dans une proportion beau-

coup moindre, à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie, et très différente, par conséquent, de celle à laquelle apparaissent ces symptômes dans le cours de l'affection typhoïde.

Les symptômes gastriques, les douleurs à l'épigastre, les nausées et les vomissements, sont d'une bien moindre valeur sous le point de vue qui nous occupe, puisqu'ils se montrent à peu près de la même manière et à un degré souvent plus remarquable, dans d'autres affections. J'en dirai autant de la chaleur et de l'accélération du pouls, bien qu'elles soient plus marquées dans le cours de l'affection typhoïde que dans aucune autre; de la céphalalgie, des douleurs dans les membres, et même, jusqu'à un certain point, du délire. Mais les autres symptômes, dont quelques uns, considérés en eux-mêmes, n'offrent pas de gravité, sont plus ou moins caractéristiques de l'affection typhoïde, et méritent une grande attention.

Parmi eux se trouvent l'épistaxis, qu'on observe si souvent dans cette maladie; les taches roses, lenticulaires, de la peau, qui ont beaucoup plus d'importance, puisqu'elles existent dans presque tous les cas, et sont fort rares dans d'autres maladies aiguës, si même on les y observe quelquefois; les *sudamina*, quand ils sont larges et nombreux; le météorisme, les bourdonnements d'oreille, la surdité, le trouble de la vue, l'hémorrhagie intestinale, l'augmentation du volume de la rate, l'assoupissement, la stupeur, une débilité extrême, peu en rapport avec les autres symptômes; les eschares au sacrum, les ulcérations, puis la destruction entière de la peau sur laquelle ont été appliqués des vésicatoires; les mouvements spasmodiques ou la contraction permanente des muscles des différentes régions du corps; phénomènes extrêmement rares, ou qui n'ont pas

lieu dans les autres affections aiguës, et qui s'y présentent, quand on les y observe, à un médiocre degré. Quand ces symptômes existent en plus ou moins grand nombre chez le même sujet, on ne peut douter qu'il ne soit atteint de l'affection typhoïde, que les plaques elliptiques de l'intestin grêle ne soient le siége de la lésion qui a été décrite : car si on les observe encore quelquefois isolément, dans le cours d'autres maladies aiguës, il n'en est pas de même de leur réunion en certain nombre. Aucune difficulté, dès-lors, dans les cas où ces symptômes existent. Mais les plus importants manquent quelquefois, la plupart ne se montrent qu'à une certaine époque de l'affection ; il faut donc pour la reconnaître dans tous les cas, et à une époque assez rapprochée du début, examiner avec soin l'ordre et la succession des symptômes qui, considérés indépendamment de cette succession, seraient insuffisants pour le diagnostic.

Si la maladie atteint un jeune sujet, et débute, comme cela a lieu dans la majeure partie des cas, sans cause appréciable, par un frisson plus ou moins violent, la céphalalgie, des douleurs de ventre, la diarrhée, l'anorexie, la soif; si la faiblesse devient promptement considérable, supérieure à ce qu'elle est dans l'entérite proprement dite ; si les malades chancellent sur leurs jambes, le mouvement fébrile étant beaucoup plus considérable que dans cette dernière affection ; on doit, sinon affirmer de la manière la plus positive l'existence de l'affection typhoïde, au moins la soupçonner fortement, et beaucoup plus que toute autre maladie. Bientôt viennent de nouveaux symptômes qui ne permettent plus de doute ; des taches roses, lenticulaires, se développent, du septième au douzième jour de l'affection, sur l'abdomen et sur la poitrine ; il existe des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, un peu d'assoupissement et de

toux, un râle sec et sifflant dans toute l'étendue de la poitrine, un léger météorisme ; dès lors la maladie ne peut être méconnue; il est inutile d'attendre, pour reconnaître ou annoncer son existence, que la langue devienne sèche et noirâtre, que les dents soient encroûtées ; avec d'autant plus de raison que ces symptômes peuvent manquer et manquent en effet très souvent, dans tout le cours de l'affection, qu'ils se montrent fréquemment, comme on l'a vu plus haut, dans d'autres maladies, et n'ont par cela même rien de caractéristique. Il n'est pas non plus nécessaire d'attendre, pour se prononcer, l'apparition de la stupeur, du délire ou des spasmes, malgré leur importance, quand ils existent, puisqu'ils n'ont pas constamment lieu, à beaucoup près.

Ces cas, dans lesquels l'affection suit sa marche accoutumée, n'offrent pas de difficultés réelles; mais il n'en est pas ainsi dans des circonstances différentes, quand, par exemple, les malades n'ont, plusieurs jours de suite, ni diarrhée, ni douleurs de ventre. Toutefois, alors même, et avant le développement des symptômes les plus graves ou les plus caractéristiques, on peut très bien présumer ou reconnaître la maladie, quoiqu'avec moins de certitude assurément, que quand la diarrhée est plus ou moins intense. Car si cette diarrhée n'existe pas, c'est une raison d'écarter toute idée d'une entérite proprement dite; et si le mouvement fébrile est prononcé, si la prostration est considérable, si aucun organe ne donne les signes d'une lésion plus ou moins profonde, si l'appétit est très diminué ou nul, le malade dans les circonstances d'âge et de lieu indiquées; ces symptômes ne convenant guère qu'à l'affection typhoïde, on ne peut soupçonner qu'elle, comme je l'ai fait remarquer à la suite de plusieurs observations.

Mais dans ces cas, comme dans ceux où la maladie suit la marche la plus ordinaire, le diagnostic devient plus certain à mesure qu'on s'éloigne du début; car alors les symptômes les plus caractéristiques se développent, et si tous n'ont pas lieu, on en trouve toujours quelques-uns dont la présence, rapprochée de la marche des moins significatifs, ne peut laisser de doute. Là où le météorisme manque, il y a de la somnolence, du délire, une faiblesse extrême, des taches roses, lenticulaires, des bourdonnements d'oreille, de la surdité, des éblouissements, des soubresauts, etc., etc.; et aucune autre affection n'offre cet ensemble de symptômes.

On pourrait encore reconnaître la maladie dans des cas où les symptômes caractéristiques sont moins nombreux, ou très passagers. Si, par exemple, un individu jeune encore (car cette condition est de rigueur) avait une diarrhée légère, accompagnée d'un mouvement fébrile un peu supérieur à celui qui a lieu dans l'entérite proprement dite; si cette diarrhée ne cédait pas à la diète et aux adoucissants; si les matières fécales étaient mêlées, à une certaine époque de l'affection, d'une médiocre quantité de sang liquide ou en caillot; s'il y avait eu parfois un peu de météorisme, des bourdonements d'oreilles et un peu de surdité, la faiblesse étant considérable : bien qu'on n'eût observé ni *sudamina*, ni taches lenticulaires, ni délire, on devrait annoncer une affection typhoïde (obs. 44). Ce dont nous aurons des preuves bien positives dans l'article suivant, par l'exposition des faits relatifs à la forme latente de la maladie.

On conçoit d'ailleurs qu'il serait possible, pendant quelques jours, de confondre l'affection typhoïde avec toutes celles qui, comme cette dernière, ne donnent pas lieu à des symptômes caractéristiques à leur début, ou pendant un certain nom-

bre de jours. Ainsi les symptômes de la variole avant l'éruption, ou pendant un espace de temps qui peut varier de deux à huit jours, pourraient faire croire à une affection typhoïde dans laquelle les symptômes locaux manqueraient ou se feraient long-temps attendre, comme cela arrive quelquefois. Car pendant cette période on n'observe guère qu'un mouvement fébrile plus ou moins considérable, de la céphalalgie, des douleurs dans les membres et dans les lombes, du malaise, quelquefois beaucoup d'anxiété, ou même une sorte de stupeur avec une congestion plus ou moins marquée de la face, sans altération spéciale d'une fonction quelconque, à part les vomissements qui ont lieu quelquefois. Mais ce symptôme lui-même se présente aussi quelquefois dans l'affection typhoïde, à une époque rapprochée de son début, et il est loin d'être très fréquent dans la variole elle-même, au moins chez l'adulte; en sorte que sa présence ne ferait pas disparaître les difficultés du diagnostic. Une anxiété extrême, survenue dans les circonstances indiquées, au quatrième ou au cinquième jour de l'affection, devrait faire pencher pour l'existence d'une variole; car ce symptôme est bien rare dans l'affection typhoïde, à une époque si rapprochée du début de la maladie. La violence des douleurs lombaires conduirait encore au même soupçon : mais évidemment il y aurait de l'incertitude pendant un espace de temps qui pourrait varier de trois à huit ou même neuf jours, ou jusqu'au moment où l'éruption variolique ou les symptômes caractéristiques de l'affection typhoïde apparaitraient : et cette incertitude serait d'autant plus inévitable qu'il y aurait, dans le pays qu'on habiterait, un plus ou moins grand nombre de cas de variole.

On pourrait encore confondre avec l'affection typhoïde, le ramollissement central du cerveau, dans les premiers

jours de son existence, ainsi que cela m'est arrivé à l'hôpital de la Pitié en 1830. A cette époque, en effet, j'eus occasion d'observer un jeune garçon qui avait éprouvé, au début de sa maladie, après un frisson plus ou moins intense, une céphalalgie violente, accompagnée d'une chaleur forte, de soif, d'anorexie, avec une diminution considérable des forces Bientôt, après quatre ou cinq jours, la faiblesse faisant des progrès continuels, sans qu'il y eût d'ailleurs de paralysie véritable, la langue devint sèche, puis encroûtée et brunâtre, l'intelligence fut chaque jour plus obtuse, l'assoupissement plus profond, comme au plus haut degré de la fièvre typhoïde ; et le malade mourut au huitième jour de l'affection, sans avoir eu de diarrhée ; sans qu'on eût observé de taches roses, lenticulaires, de gonflement de la rate, de météorisme : et à l'ouverture de son corps, on trouva pour toute lésion, ou pour lésion principale, un ramollissement blanc de la voûte à trois piliers et du corps calleux dans sa partie moyenne, tandis que l'intestin grêle, les plaques elliptiques de Peyer et les glandes mésentériques étaient dans l'état naturel.

Ici évidemment, le diagnostic avait été précipité, et s'il pouvait encore rester incertain après un examen approfondi, au moins était-il possible d'éviter l'erreur. Car s'il y eut dans ce cas, comme dans l'affection typhoïde, un mouvement fébrile considérable, une grande prostration des forces, la céphalalgie avait été plus considérable qu'elle ne l'est ordinairement dans cette maladie, ce qui pouvait déjà, comme le font remarquer MM. Rilliet et Taupin, au sujet de la méningite des enfants comparée à l'affection typhoïde du premier âge, donner des doutes sur l'existence de cette maladie : et ces doutes auraient été confirmés par le manque de diarrhée, de météorisme, de taches

roses, lenticulaires, d'augmentation du volume de la rate au dix-huitième jour de l'affection. En sorte qu'on doit seulement tirer de ce fait cette conséquence, qu'il faut bien se garder de conclure l'existence de l'affection typhoïde d'un mouvement de fièvre considérable, accompagné d'une céphalalgie intense, d'une grande prostration des forces, avec sécheresse et couleur brunâtre de la langue, quand d'ailleurs on n'observe aucun symptôme du côté de l'abdomen, qu'il faut encore, pour éviter toute erreur de diagnostic, un peu de météorisme, quelques taches roses, lenticulaires, le trouble des fonctions des organes des sens, l'augmentation du volume de la rate, quelques hémorrhagies nasales.

Un fait assez semblable à celui que je viens de citer s'est encore offert à mon observation, il y a moins de deux mois. Je veux parler d'un jeune garçon, d'une constitution assez forte, âgé de vingt-deux ans, qui tomba malade le premier juillet 1840. Il fut pris, au début, d'une céphalalgie sus-orbitaire très intense, accompagnée de lassitudes générales, sans frissons, et de perte incomplète d'appétit. La nuit fut très agitée. Dans les cinq jours qui suivirent, ces symptômes persistèrent, et le malade avait des étourdissements dès qu'il voulait se lever, ou seulement se mettre à son séant; il continua à manger, quoique moins que de coutume, eut de deux à trois selles par jour, comme dans l'état de santé; et il n'éprouva ni épistaxis, ni bourdonnement d'oreilles, ni délire. Le 7 août au matin, n'ayant pu venir à pied à l'hôpital, à cause de sa faiblesse, il avait la figure un peu bouffie, assez colorée, avec une expression d'indifférence bien marquée; la céphalalgie persistait, l'intelligence, la mémoire et les sens étaient intacts; le malade avait des étourdissements dès qu'il quittait le décubi-

tus horizontal ; sa langue était humide et couverte d'un enduit blanchâtre assez épais, son appétit seulement déprimé ; la soif était médiocre, le ventre bien conformé, la peau sèche, chaude, un peu injectée, sans taches ni sudamina ; le pouls à soixante-douze, sans caractère particulier ; le bruit respiratoire mêlé de râle sonore en arrière, des deux côtés, universellement, et il y avait un peu de toux depuis trois jours.

Dès lors, jusqu'au 16 août, jour de la mort, la céphalalgie fut non interrompue : il y eut un peu de délire dans la nuit du 8 au 9, de l'agitation seulement dans la suivante, de nouveau du délire pendant les nuits, à partir du 13, quelquefois aussi dans la journée ; tantôt du calme, tantôt de l'agitation, de manière qu'on fut quelquefois dans l'obligation d'employer le gilet de force. La somnolence alterna avec le délire dans les trois derniers jours, et quand on en tirait le malade, il accusait des douleurs de tête. Il parlait avec répugnance dès le 12 ; il paraissait avoir l'oreille un peu dure le 13, sans bourdonnements, toutefois.—Le pouls devint successivement plus accéléré à partir du 9, en sorte qu'il battait cent-seize fois par minute, le 14, cent-dix fois, le 15, toujours régulier, peu ou très médiocrement développé. La peau fut presque toujours sèche et très chaude, sans la moindre éruption. — La langue ne cessa pas d'être humide, fut ordinairement un peu rouge au pourtour et blanchâtre au centre ; le ventre ne fut un peu météorisé que le 15. Le même jour et les précédents, les selles furent nombreuses et involontaires, bien que le malade n'eût pris un peu d'eau de Seltz que dans les deux premiers jours qui suivirent son admission à l'hôpital. — La toux persista, toujours peu incommode, accompagnée d'un râle sec et sonore : et à l'ouverture du cadavre, on trouva, entre autres lésions re-

marquables, granulations blanchâtres, aplaties, de moins d'un millimètre de largeur, dans l'épaisseur de la pie-mère, beaucoup plus nombreuses dans la scissure de Sylvius, et surtout dans l'épaisseur des plexus choroïdes que partout ailleurs ; quatre à cinq cuillerées d'une sérosité citrine, dans les ventricules latéraux, qui communiquaient entre eux par une large ouverture pratiquée aux dépens de la cloison demi-transparente, laquelle était en partie détruite, extrêmement ramollie, et restée blanchâtre. Un ramollissement semblable, un peu moins considérable seulement, occupait une partie de l'épaisseur du corps calleux, les corps striés et les couches optiques des deux côtés. Des granulations extrêmement nombreuses, semblables à celles qui se trouvaient dans les méninges, un peu plus grosses seulement, existaient dans les deux poumons ; la rate, qui était un peu volumineuse et très ramollie, en offrait aussi un grand nombre d'un volume et d'une consistance moindres ; les plaques elliptiques de Peyer et les glandes mésentériques étaient dans un état d'intégrité parfait ; les membranes muqueuses de l'estomac et du colon n'offraient rien de remarquable.

Certes, en considérant l'âge du sujet, la céphalalgie, le malaise, les douleurs dans les membres, la diminution des forces et de l'appétit, le mouvement de fièvre qui eut lieu au début, on pouvait croire, dans les premiers jours de la maladie, avoir affaire à une affection typhoïde. On pouvait encore persister dans cette manière de voir dans la suite, en portant son attention sur le délire, la somnolence, la toux, le râle sifflant et la diarrhée des derniers jours. Cependant, en considérant la succession des symptômes, le caractère de quelques-uns d'entre eux, le manque de plusieurs autres, on devait hésiter à reconnaître, dans le cas dont il s'agit, une affection typhoïde, et incliner pour

une affection cérébrale. En effet, la céphalalgie était plus violente qu'elle ne l'est généralement dans l'affection typhoïde, et elle existait encore dans toute sa force dans les derniers temps, au milieu du délire ou de l'assoupissement qui le remplaçait. D'un autre côté, il n'y eut pas de trouble évident dans l'exercice des fonctions des organes des sens; le pouls ne fut pas accéléré d'une manière sensible dans les huit premiers jours de la maladie; il n'y eut de diarrhée qu'à sa terminaison, en quelque sorte, comme on l'observe si souvent dans le cours des affections aiguës les plus ordinaires; le ventre ne fut douloureux à la pression à aucune époque; il fut à peine le siége d'un léger météorisme pendant vingt-quatre heures; il n'y eut d'éruption typhoïde et de *sudamina* à aucune époque. Ces faits et ces considérations devaient l'emporter sur les autres, et suffisaient pour écarter l'idée d'une affection typhoïde : car, qu'on le remarque bien, il n'y eut, pendant la plus grande partie du cours de la maladie, aucun symptôme du côté de l'abdomen, ces symptômes si essentiels, pour ainsi dire, au caractère de l'affection; il n'y eut pas de trouble dans les fonctions des organes des sens, et à aucune époque il n'y eut de *sudamina*, de taches roses, lenticulaires, ces taches qu'il est si rare de voir manquer dans le cours de l'affection typhoïde.

Ainsi, le jeune âge, un mouvement fébrile plus ou moins marqué, la céphalalgie, le malaise, l'altération des traits, la prostration plus ou moins marquée des forces, la diminution, puis la perte de l'appétit, et, ultérieurement, la diarrhée, le délire, la somnolence, ne suffisent pas, indépendamment de tout autre symptôme local, au début, pour établir le diagnostic de l'affection typhoïde. Il faut, pour cela, qu'on puisse joindre aux symptômes indiqués la diarrhée et les douleurs de ventre au début, ou très peu après le début; puis,

plus ou moins promptement, le météorisme de l'abdomen, ou le développement de la rate, ou la présence des taches roses, lenticulaires, le trouble des fonctions des organes des sens. Toutefois, et les cas d'affection typhoïde latente en seront bientôt la preuve, la diarrhée pourrait manquer sans que le diagnostic de l'affection fût moins certain, si, d'ailleurs, les autres symptômes que je viens de rappeler, existaient.

On pourrait, d'après cette courte discussion et tout ce qui précède, caractériser ainsi l'affection typhoïde : maladie aiguë, accompagnée d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, variable dans sa durée, propre aux jeunes sujets, principalement à ceux qui se trouvent depuis peu de temps au milieu de circonstances nouvelles pour eux ; débutant par un frisson violent, l'anorexie, la soif, et, dans la très grande majorité des cas, par des coliques et la diarrhée; bientôt accompagnée d'une faiblesse peu en proportion avec les autres symptômes, puis, plus ou moins promptement, de somnolence, d'étourdissements, de trouble de la vue, de bourdonnements d'oreille, de stupeur, de délire, de météorisme, d'augmentation sensible du volume de la rate, de *sudamina*, de taches roses, lenticulaires, d'eschares au sacrum, d'ulcérations plus ou moins profondes de la peau dans les points occupés par les vésicatoires, de surdité, de mouvements spasmodiques variés, ou de contraction permanente, quelquefois d'hémorrhagie intestinale, bien rarement d'aphonie ; symptômes dont les uns se dissipent après un certain temps, dont les autres augmentent, pour la plupart, d'une manière progressive, quand les malades succombent, ou diminuent plus ou moins rapidement pour disparaître enfin tout-à-fait, si l'affection a une heureuse issue : dont le caractère anatomi-

que consiste dans une altération spéciale des plaques elliptiques de l'iléum.

Ce qui vient d'être dit, et les faits exposés antérieurement, au sujet des symptômes, montrent sans doute assez la différence qui existe entre l'affection typhoïde et l'entérite proprement dite; néanmoins, comme on a cru, et comme quelques personnes croient encore à leur identité, il ne sera pas inutile de rapprocher les faits, et de montrer combien ces affections diffèrent sous le triple rapport du siége, des symptômes et de la gravité (1).

Sous le rapport de la gravité, la différence est extrême; car tandis que la troisième partie des sujets atteints d'affection typhoïde que j'ai observés a succombé, l'entérite aiguë n'a été funeste qu'à deux des quatre-vingt-six sujets dont j'ai recueilli l'histoire; encore, de ces deux cas en est-il un relatif à une femme qui avait depuis plusieurs mois une affection de l'ovaire, au moment du début de l'entérite, et dont je ne devrais peut-être pas faire mention ici, mes analyses ne portant que sur des individus qui jouissaient d'une bonne santé, à l'époque où ils furent pris de l'une des maladies qui ont été successivement passées en revue. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que l'entérite est si rarement mortelle, dans sa forme aiguë, quand elle affecte des sujets *sains*, qu'il serait difficile d'en démontrer le siége d'une manière rigou-

(1) Je prie le lecteur de remarquer que ceci a été écrit en 1828; que si, aujourd'hui, la distinction dont il s'agit peut paraître une redite à quelques personnes, cela prouve seulement que les résultats auxquels je suis arrivé à cet égard, ont été reconnus vrais. Il importe d'ailleurs de s'opposer au retour de la confusion qui a eu lieu pendant si longtemps, et par conséquent de conserver les faits et les rapprochements qui ont concouru à la faire disparaître.

reuse, si elle n'était très fréquente chez ceux qui succombent à d'autres affections aiguës.

Chez ceux-ci, en effet, comme on l'a vu dans la deuxième partie de cet ouvrage, les membranes muqueuses du gros intestin et de l'intestin grêle étaient fréquemment altérées, ramollies, rouges ou pâles, épaissies ou non épaissies, à divers degrés; mais les plaques elliptiques étaient, ou saines, ou avaient seulement partagé, en partie, la lésion de la muqueuse environnante, et n'offraient d'altération spéciale dans aucun cas : tandis que chez *tous* les sujets morts après avoir éprouvé les symptômes de l'affection typhoïde, les mêmes plaques étaient plus ou moins profondément altérées, ramollies, épaissies, rouges ou bleuâtres, ulcérées, ou non ulcérées; que chez plusieurs d'entre eux, il n'y avait pas d'autre lésion du canal intestinal. De plus, certaines lésions secondaires, les diverses ulcérations des membranes muqueuses, si fréquentes dans le cours de l'affection typhoïde, n'avaient lieu dans aucun cas d'entérite proprement dite; en sorte qu'il y a réellement peu de maladies plus distinctes par leur siége et leur nature, que celles qui nous occupent, et que, sous ce dernier point de vue, elles diffèrent davantage l'une de l'autre, que le catarrhe pulmonaire de la péripneumonie, la rougeole de la variole, puisque les lésions secondaires qui se développent dans le cours de ces maladies n'offrent que des différences de proportion, et qu'entre l'affection typhoïde et l'entérite, cette différence n'est pas la seule.

Quant aux symptômes, qu'on les étudie chez les sujets qui succombent ou chez ceux qui guérissent, la différence est toujours la même. Tandis que l'affection typhoïde débute par un mouvement fébrile ordinairement intense, bientôt accompagné de la perte des forces, dans une proportion supérieure à celle des autres symptômes, de somnolence, de

stupeur, de délire, d'éruption de taches roses, lenticulaires, et très fréquemment de *sudamina*, d'épistaxis, de bourdonnements d'oreilles, de dureté de l'ouïe, de mouvements spasmodiques plus ou moins graves et de météorisme; le mouvement fébrile qui a lieu dans l'entérite est ordinairement léger, la perte des forces peu considérable, ou seulement proportionnée à l'abondance des évacuations alvines; la somnolence est extrêmement rare, en rapport avec la faiblesse, sans jamais être comparable à celle qui a lieu dans le cours de l'affection typhoïde; les taches roses, lenticulaires, les épistaxis, ne sont pas plus fréquentes dans l'entérite proprement dite que dans toute autre maladie aiguë : il n'y a ni stupeur, ni surdité, ni *sudamina*, ou du moins ceux-ci sont très rares; ni météorisme, ni eschares, ni délire; et quand la terminaison de la maladie est favorable, comme cela est si ordinaire, la convalescence est très rapide, les moyens les plus simples y conduisent ; tandis que dans l'affection typhoïde, la convalescence, quel qu'ait été le traitement, est presque toujours longue, que l'utilité des moyens dirigés contre elle, jusqu'à ce jour, est un sujet de doute pour d'excellents esprits.

Mais ces différences ne sont pas les seules ; il en est d'autres plus remarquables encore, peut-être. On n'observe l'affection typhoïde que chez les jeunes sujets, dans des circonstances particulières, ordinairement chez ceux qui passent d'un pays dans un autre ; et l'entérite, proprement dite, a lieu à tous les âges et dans toutes les circonstances de la vie, souvent après l'application de causes évidentes dont l'éloignement suffit pour amener le rétablissement des fonctions. On peut, au moyen d'irritants plus ou moins énergiques et prolongés, produire une entérite; on ne peut, que je sache du moins, exciter une affection typhoïde par un

moyen quelconque. L'entérite peut se développer un nombre indéterminé de fois chez le même sujet; il est douteux que la même personne ait deux fois l'affection typhoïde.

Il n'est donc pas possible d'établir de comparaison entre l'affection typhoïde et l'entérite proprement dite; et il ne serait pas plus raisonnable de confondre entre elles toutes les maladies aiguës de l'intestin, parce qu'elles s'accompagnent de diarrhée, que de réunir sous une même dénomination toutes celles des poumons, parce que toutes sont accompagnées de plus ou moins de dyspnée.

L'observation suivante est relative à un des sujets qui ont succombé à l'entérite aiguë proprement dite, et trouve naturellement sa place ici.

XLe OBSERVATION.

Douleurs à l'épigastre et au-dessous de l'ombilic; selles nombreuses, nausées, vomissements, anorexie, soif, chaleur médiocre; persistance et progression des mêmes symptômes, sans météorisme ni délire, jusqu'à la mort. — Destruction presque complète de la membrane muqueuse du colon dans toute sa longueur; épaississement du tissu sous-muqueux.

Un jardinier qui habitait Maisons (près Paris) vint à l'hôpital de la Charité le 28 septembre 1824, se disant malade depuis neuf jours. Ordinairement d'une bonne santé, il assurait n'avoir point fait d'excès et ne savoir à quoi attribuer sa maladie.

Au début, douleurs à l'épigastre et au dessous de l'ombilic, nausées, vomissements, selles liquides, anorexie, soif. Les selles furent très nombreuses les jours suivants, et mêlées d'un peu de sang jusqu'à l'admission du malade à l'hôpital. Les nausées et les vomissements continuèrent, se renouvelèrent

par les moindres causes, le bouillon, les tisanes tièdes, et ils ne diminuèrent qu'au cinquième jour de la maladie, après l'application de trente sangsues à l'épigastre. Les douleurs persistèrent au même degré, et il y eut quelques frissons trois jours après le début. D'ailleurs, ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres. — Le malade prit pour boisson de la limonade et une tisane de lin, ne commit aucune erreur de régime, et, à part les sangsues, il abandonna l'affection à elle-même.

Le 29: air de souffrance et d'anxiété, ni somnolence, ni stupeur; yeux rouges, injectés, non cuisants; oreille fine, faiblesse assez considérable, vue trouble dans la marche ou dans la station; langue nette, molle et humide, bouche amère, soif très médiocre, déglutition facile, nul météorisme, douleurs à l'épigastre et à l'hypogastre, du côté gauche surtout, augmentées par la pression; selles fréquentes, accompagnées de chaleur et d'élancements à l'anus, mêlées de très petits caillots de sang; point de nausées après les boissons; pouls serré, à quatre-vingts, chaleur plutôt au dessous qu'au dessus de celle qui est naturelle, mains et avant-bras bleuâtres; anxiété variable, moindre à la fin qu'au commencement de l'interrogatoire (*pot. gom. avec* 5 centigr. *d'op.; tis. de riz avec le sirop de gom.; lav. de lin avec* 3 centigr. *d'op.*).

Les douleurs de ventre persistèrent le jour et la nuit, avec le même caractère, accompagnées d'une chaleur brûlante à l'intérieur; les selles furent très nombreuses (quarante environ), les matières fécales plus ou moins roses; le malade eut des nausées, vomit; pendant la nuit, un bouillon qui lui fut donné par l'infirmier, et eut beaucoup de chaleur. Le lendemain, la langue était un peu moins humide que la veille, les douleurs toujours vives; il n'y avait pas d'anxiété;

le pouls et la chaleur n'avaient pas sensiblement changé, le ventre était légèrement météorisé *(Pot. gomm. avec ext. gom. d'op. 1 décigr.; lav. lin. avec op. 5 centigr.; catapl. sur l'abd.; un lait de poule).*

Les selles furent réduites à quinze; il y eut encore un peu de sang mêlé aux matières fécales, et six vomissements de bile verte. Le 1er octobre, la langue était humide, légèrement grisâtre au pourtour, les douleurs hypogastriques étaient brûlantes comme la veille, les yeux moins rouges, la figure plus naturelle, tout le ventre, et surtout l'hypogastre, très sensible à la pression. *(Lav. lin. avec op. 1 décigr.; catapl. sur l'abdomen).*

Depuis lors jusqu'à la mort, qui arriva le 7, peu après la visite, voici ce que j'observai. Les selles furent au nombre de quinze à trente dans la journée, et involontaires le dernier jour; le ventre plat ou rentré, moins douloureux qu'auparavant; il y eut des vomissements nombreux de matière verte, du 5 au 7. La langue fut toujours humide, nette, d'un rose tendre au pourtour; le pouls faible, étroit, régulier, de soixante-quinze à quatre-vingts; la soif et la chaleur furent peu considérables; — la respiration fut peu accélérée. — Les forces diminuèrent progressivement, ce qui n'empêcha pas le malade de descendre de son lit pour aller à la selle, jusqu'au dernier jour. Sa figure exprimait la souffrance, et, le 4, il se disait sans espoir. Il ne cessa de jouir de son intelligence, si ce n'est dans les deux dernières nuits où il y eut un léger délire, et il répondait encore à mes questions, deux heures avant sa mort, malgré les signes de l'anxieté au milieu de laquelle il se trouvait, des mouvements de tête continuels à droite et à gauche. — Il n'y eut de taches roses, lenticulaires, en aucun temps.

On continua l'opium en lavement jusqu'au 4; on appliqua

un vésicatoire à l'hypogastre, le dernier jour, et des sinapismes aux membres inférieurs, le 6.

OUVERTURE DU CADAVRE VIGT-UNE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement considérable, raideur cadavérique très prononcée; nulle ecchymose.

Tête. Surface extérieure de la dure-mère couverte de goutelettes de sang; traces d'infiltration sous-arachnoïdienne à la région occipitale; une demi cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux. Substance corticale du cerveau d'un rose tendre dans toute son étendue; la médullaire très injectée et d'une bonne consistance.

Cou. Le pharynx, l'épiglotte, le larynx et la trachée-artère, dans l'état naturel. — Quelques mucosités écumeuses dans les bronches.

Poitrine. Cœur et aorte parfaitement sains. — Environ quatre cuillerées de sérosité sanguinolente dans la plèvre du côté droit; poumons légers, rouges antérieurement, violacés en arrière, où ils n'offraient ni engouement ni splénisation.

Abdomen. Nul épanchement dans la cavité péritonéale. — Œsophage sain. — Estomac distendu par des gaz. Sa membrane interne était couverte, dans toute son étendue, d'un mucus épais, visqueux, difficile à en séparer, même après deux heures de macération, du poids de 120 grammes environ; d'un rouge vif, surtout dans le cul-de-sac où elle était mamelonnée; d'une épaisseur convenable; un peu ramollie, à part sa portion mamelonnée, qui donnait des lambeaux de 22 millimètres de longueur. — L'intestin grêle était légèrement distendu par des gaz; sa membrane muqueuse était saine dans le jéjunum, puis rouge et ramollie,

dans les 13 décimètres les plus voisins du cœcum surtout; de manière qu'on pouvait à peine en avoir, par traction, des lambeaux de 2 millimètres, dans cette partie. Il y avait dans toute la longueur de l'iléum des granulations miliaires, blanchâtres, d'abord rares, puis successivement plus rapprochées, au point de n'être plus distantes les unes des autres, dans le voisinage du cœcum, que de 6 à 8 millimètres. Les plaques elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, étaient minces comme dans l'état naturel, contrastaient, par leur couleur blanche, avec la rougeur de la muqueuse environnante; et, à 11 millimètres de la valvulve iléo-cœcale, se trouvaient trois petites ulcérations, de 10 à 15 millimètres de surface, à fond celluleux et pâle. — Le gros intestin était un peu météorisé et contenait une petite quantité de matières rougeâtres, ou d'un rouge assez vif, médiocrement liquides. Sa membrane muqueuse était presque entièrement détruite, mais inégalement. Elle formait, dans le cœcum et le colon ascendant, des espèces d'îlots qui en occupaient la quatrième partie environ ; des îlots plus petits, semblables à des granulations, dans le colon transverse, dont ils occupaient à peine un huitième de la surface. Elle était complétement détruite dans les 16 premiers centimètres du colon descendant, puis sa destruction était d'autant moindre qu'on s'approchait davantage de l'anus, 25 millimètres au-dessus duquel elle s'arrêtait. Partout où l'on en trouvait des traces, dans le premier tiers de l'intestin, la muqueuse était rouge, épaissie et ramollie; après quoi elle était grisâtre et un peu moins épaisse. Le tissu cellulaire sous-muqueux mis à nu, était d'un blanc verdâtre, très épaissi, très ferme dans toute son étendue, au point qu'on ne pouvait en obtenir que très difficilement des lambeaux avec des pinces très fortes, et qu'il avait un demi millimètre d'épaisseur, si ce n'est dans

le colon ascendant où cette épaisseur était moindre. La tunique musculaire était aussi plus épaisse et plus consistante que dans l'état normal. — Les glandes mésocolites avaient le volume d'une noisette, étaient d'un rouge foncé, amaranthe, très ramollies, ne contenaient pas de pus. Les mésentériques avaient un volume un peu plus considérable que dans l'état normal, une couleur et une consistance naturelles. — Le foie était sain, la bile de la vésicule, noirâtre ou verdâtre, et très épaisse. — La rate et les autres viscères, étaient dans l'état naturel.

On trouverait difficilement une observation moins compliquée, dans laquelle les symptômes et les lésions fussent dans une plus parfaite harmonie; et ce fait est d'autant plus digne d'intérêt, qu'il est, pour ainsi dire, le tableau de la plupart des cas d'entérite aiguë, et qu'il équivaut, en quelque sorte, à une description générale. L'affection débute tout à coup, sans frissons, par des douleurs de ventre, des selles nombreuses et sanglantes, des nausées et des vomissements ; les vomissements se renouvellent par les moindres causes, puis ont lieu spontanément dans les derniers jours de la vie; les selles sont très nombreuses, plus ou moins rouges et quelquefois mêlées de petits caillots de sang; le mouvement fébrile et la chaleur sont médiocres; il n'y a ni somnolence, ni stupeur ; on observe à peine un léger délire dans les deux dernières nuits; les forces ne diminuent que dans la proportion des selles; la langue reste presque constamment dans l'état naturel, les douleurs de ventre sont vives et brûlantes; il n'y a pas de météorisme; le malade succombe après dix-neuf jours de souffrance : et, à l'ouverture de son corps, on trouve la membrane muqueuse de l'estomac, rouge, peu ramollie et couverte de glaires épais-

ses ; celle de l'intestin grêle, très rouge et très ramollie dans le voisinage du cœcum, trois petites ulcérations à 12 millimètres de celui-ci, et la muqueuse du gros intestin détruite dans presque toute son étendue.

Il suffit de considérer l'état des organes pour voir que le gros intestin fut le siége primitif de la maladie. La membrane muqueuse de l'iléum était, à la vérité, très ramollie dans une partie de sa longueur ; mais celle du colon était détruite dans presque toute son étendue, le tissu sous-muqueux correspondant très épaissi, les glandes mésocolites très rouges, volumineuses et ramollies, les mésentériques à peu près saines : il ne pouvait donc y avoir de doute sur le point dont il s'agit. On croira aussi sans peine que le colon transverse et la partie voisine du colon descendant avaient été les premières parties affectées, la destruction de la muqueuse étant plus complète, et le tissu sous-muqueux plus épaissi dans ce point que partout ailleurs ; de manière que l'affection semble avoir marché de gauche à droite, et ne s'être étendue à l'iléum que dans les derniers jours de la vie. Et ce qu'indique l'anatomie, les symptômes le confirment ; soit les selles qui avaient le caractère qu'elles offrent dans la dysenterie, dès le début; soit les douleurs qui étaient plus vives dans le côté gauche du ventre que dans aucun autre point. — Il est remarquable aussi que je n'ai rencontré une semblable lésion du gros intestin dans aucun cas d'affection typhoïde, que jamais non plus alors les selles n'ont eu le caractère qu'elles offraient ici.

Les symptômes et les lésions avaient donc des caractères bien différents de ceux qu'ils offrent dans l'affection qui nous occupe spécialement. Toutefois, on objectera peut-être qu'il y avait à la fin de l'iléum, près du cœcum, trois petites ulcérations, et que j'ai considéré cette altération survenant

dans le cours d'une maladie aiguë, comme le caractère anatomique de l'affection typhoïde ; que s'il y eut primitivement entérite proprement dite, il y a donc eu ensuite complication de cette maladie avec l'affection typhoïde. A cela je répondrai que le caractère anatomique de cette dernière affection consiste dans une altération plus ou moins profonde des plaques elliptiques de l'intestin grêle, ordinairement suivie d'ulcérations; que les ulcérations observées étant voisines de la valvule iléocæcale, on peut croire qu'elles avaient leur siége sur les petites plaques de cette partie; qu'ainsi l'objection est juste, qu'il y a eu, en effet, complication, mais seulement dans les derniers jours de la vie. Et comme l'inflammation d'un lobule pulmonaire ne donne pas lieu à des phénomènes appréciables, à la fin des maladies aiguës, on ne doit pas s'étonner qu'aucun symptôme ne soit venu décéler la présence des trois petites ulcérations voisines du cœcum. Et une nouvelle preuve que ces ulcérations étaient consécutives à l'altération de la membrane muqueuse du gros intestin, c'est qu'elles avaient lieu dans la partie de l'iléum qui n'est pas ordinairement la plus profondément, sans doute aussi la première affectée, dans l'affection typhoïde. Ce fait n'est donc pas en contradiction avec ce qui précède; et si la complication qu'il offre est extrêmement rare, c'est que l'entérite, au degré dont il s'agit, n'est pas commune, à beaucoup près, en sorte que je n'en ai pas recueilli d'autre exemple; et je me trouve heureux de pouvoir offrir celui-ci au lecteur, et de combler ainsi une lacune que l'observation lui aurait sans doute fait apercevoir plus tard.

Il importe d'ailleurs de remarquer que le tissu cellulaire qui faisait le fond des petites ulcérations de l'iléum, était blanchâtre ; qu'il n'avait pas subi l'altération qu'offre celui

des plaques elliptiques dans l'affection typhoïde ; qu'ainsi la ressemblance de la lésion n'était pas complète.

Rappellons aussi un fait important, déjà signalé ailleurs (1); je veux dire l'état de la tunique sous-muqueuse du gros intestin, qui était ferme, six fois plus épaisse au moins que dans l'état naturel, et blanchâtre. Cet épaississement était, à n'en pas douter, consécutif à l'inflammation de la muqueuse, mais non pas réellement inflammatoire, la couleur blanche étant incompatible avec cet état, dans sa période aiguë.

Les symptômes gastriques sont encore fort dignes de remarque, en ce qu'ils se sont développés dès le début, et que leur caractère, dans les cinq ou six derniers jours de la vie (vomissements spontanés de bile), pouvait faire redouter une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac plus grave que celle qui a été observée : fait d'autant plus remarquable, que l'inverse a ordinairement lieu dans le cours de l'affection typhoïde, où les plus graves lésions de l'estomac ne s'accompagnent souvent d'aucun symptôme caractéristique : ce qu'on ne peut attribuer, daprès les faits rapportés plus haut, qu'à l'absence des phénomènes cérébraux, dans un cas, et à leur intensité plus ou moins grande, dans l'autre. J'observerai d'ailleurs, que l'abondance et la viscosité du mucus appliqué sur la muqueuse gastrique étaient en rapport avec le degré de sa lésion, qu'on ne l'observe avec ce caractère et dans cette proportion que quand le ramollissement est peu considérable, qu'il est l'indice d'une inflammation médiocre ou chronique.

La substance médullaire du cerveau était très injectée, la corticale, rose dans toute son étendue, bien, à proprement

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 98.

parler, qu'il n'y ait pas eu de symptômes cérébraux. Nouveau fait à l'appui de ce qui a été dit de l'impossibilité de pouvoir expliquer, par l'état apparent du cerveau, le désordre des fonctions cérébrales, dans le cours de l'affection typhoïde.

Est-il besoin, après toutes ces remarques, d'observer qu'ici encore, à l'opposé de ce qui a presque constamment lieu chez les sujets emportés par cette dernière maladie, la rate était saine, la bile épaisse et d'une couleur foncée ?

Enfin, pour qu'il ne puisse exister, dans l'esprit du lecteur, le moindre doute sur l'extrême différence qui existe entre les symptômes de l'affection typhoïde et ceux de l'entérite, je vais mettre sous ses yeux l'analyse de dix-sept cas d'affection typhoïde, et de vingt-trois cas d'entérite terminés par le retour à la santé, qui ont été recueillis à l'hôpital de la Pitié, et ont été la base de l'un des résumés que j'y ai faits il y a quelques années (1).

(1) Voyez *Examen de l'examen* de M. Broussais, *relativement à la phthisie et aux affections typhoïdes*, Paris, 1834, p. 104.

TABLEAU

Des symptômes observés dans 17 cas d'affection typhoïde, et dans 23 cas d'entérite, qui ont guéri.

Affection typhoïde, 17 cas.	Entérite, 23 cas.

1° *Diarrhée.*

14 fois sur 15 cas. Dès le premier jour dans 10; du 2e au 4e, dans 4. De 6 à 10 selles, dans 5 cas; moins dans les autres. Durée égale à celle de la maladie, dans 1 cas. Plus longue dans 3. Un peu moindre, dans 11.	23 fois sur 23 cas. Dès le 1er jour, dans 21 cas; du 2e au 3e, dans 2. De 7 à 30 selles, dans 21 cas; moins dans les autres. Selles réduites, dès la 2e visite, terme moyen, de 11 à 3, quand il n'y avait pas ténesme; de 10 à 2 1/2, dans le cas opposé.

2° *Douleurs du ventre.*

8 fois sur 11 cas. Dès le 1er jour, dans 5 cas. Le 4e, dans 3. Semblables à des coliques dans 2 cas; sans caractère appréciable, dans les autres : jamais vives.	22 fois sur 23 cas. Dès le 1er jour, dans 21 cas; avant les selles liquides, dans 2. Plus fortes, quand il y avait ténesme; ayant la direction du colon transverse, dans 2 cas.

3° *Météorisme.*

12 fois sur 17 cas. Médiocre. Pendant un espace de temps qui a varié de 4 à 10 jours. Dissipé avant la diarrhée.	1 fois sur 23 cas. Léger. Un jour.

4° *État de la rate.*

Débordant les côtés 11 fois sur 15 cas. Dans 3 des 4 autres, son mat dans la portion du thorax correspondante à la rate, avec rénitence obscure dans 2, sous les côtes (sans le moindre symptôme de pneumonie). Le 4e cas est relatif à un malade arrivé tardivement à l'hôpital, et chez lequel l'augmentation du volume de la rate avait pu disparaître.	Hypochondre gauche souple, dans tous les cas.

L'excès de volume de ce viscère, déjà sensible au 5e et au 6e jour de l'affection, à l'entrée des malades à l'hôpital, était dissipé 2 ou 3 jours avant la convalescence.	

5o *Épigastre.*

Un peu douloureux dans 1 cas, au moment de la toux.	Indolent.

6o *Nausées.*

Dans un cas, le malade étant débout.	Dans 2 cas, le 1er et le 6e jour de la maladie.

7o *Appétit.*

Nul dans tous les cas, depuis l'entrée des malades à l'hôpital, jusque près de la convalescence.	Nul dans 5 cas sur 23, à l'entrée des malades; promptement rétabli ensuite.

8o *Langue.*

Epaisse et rouge dans 3 cas, dès le 5e et le 6e jour. Sèche et rouge dans 2 autres. Sèche et noire dans 1 cas, du 13e au 29e jour.	Parfois blanchâtre, sans autre lésion.

9o *Arrière-bouche.*

Inflammation du voile du palais et de la luette, du 10e au 14e jour, dans 2 cas; du pharynx et des amygdales, dans un autre, au 18e jour.	Naturelle.

10o *Céphalalgie.*

Dans tous les cas, au début; et souvent très intense.	Dans un cas; légère.

11o *Somnolence.*

Assez considérable dans 5 cas. Presque nulle dans les autres.	Nulle.

12o *Intelligence.*

Plus ou moins profondément altérée, dans 4 cas, et sans agitation. Altérée avec agitation, dans 2 cas.	Délire intermittent, dissipé par le kk, dans un cas.

13o *Forces.*

Séjour au lit dès le début, dans 3 cas. Cessation de travail dès le début, dans 2 autres. Faiblesse extrême, un peu plus tard, dans 2 cas.	Séjour au lit, dans un cas (douleur dans le trajet du colon transverse), avant de venir à l'hôpital. Prostration nulle.

14o *Éblouissements.*

Dans 6 cas où ce symptôme a été mentionné.	Nuls.

15o *Spasmes.*

Aux lèvres dans 11 cas; sans soubresauts.	Nuls.

16o *Bourdonnements.*

Dans 8 cas, du 2e au 8e jour de la maladie.	Nuls.

17o *Surdité.*

Dans 3 cas.	Nulle.

18o *Vue.*

Trouble dans 7 cas.	Excellente.

19o *Epistaxis.*

Dans les 7/10 des cas. Répétées 3 et 4 fois de suite, dans 2 cas. Dès le premier jour, dans 2.	Nulles.

20o *Taches roses, lenticulaires.*

Dans 15 cas sur 16 où elles ont été recherchées. Le 16e est relatif a un sujet admis à l'hôpital, le 16e jour de l'affection. Début, du 6e au 16e jour de la maladie; au 9e jour, terme moyen.	Nulles.

21o *Sudamina.*

Dans 9 cas sur 12 où il en a été question; sans rapport évident avec les sueurs, avant l'apparition desquelles ils se développaient quelquefois.	Dans 1 cas de dyssenterie légère compliqué de pneumonie.

22° *Frisson.*

Dans 11 cas sur 12 où il a été recherché ; avec tremblement, dans un cas.	Dans 5 cas ; très léger.

23° *Chaleur.*

Elevée dans tous les cas; à un degré remarquable dans 3.	Un peu élevée dans 4 cas de dyssenterie.

24° *Sueurs.*

Copieuses, dans 5 cas ; dès le début, dans un d'eux.	Copieuses au debut, dans 4 cas ; moindres dans les 5 autres ; les seuls dans lesquels il en a été fait mention.

25° *Pouls.*

Au-delà de 100 pulsations par minute, dans 7 cas. Irrégulier les 14e et 15e jour, chez une femme enceinte ; sans péricardite.	A 80 pulsations par minute, dans 3 cas, pour un seul jour, de 70 à 50, dans les autres.

26° *Durée.*

De 23 jours, terme moyen ; pour les malades admis du 6e au 9e jour de l'affection ; de 30 pour ceux qui furent admis à l'hôpital après cette époque. Après ces 25 et 30 jours, le mouvement fébrile avait cessé, et les malades mangeaient le huitième de portion, ou un peu moins.	De 3 à 4 jours, à partir de l'entrée des malades à l'hôpital; d'où ils sortaient, après 8 jours, terme moyen ; mangeant, alors, 3/4 de portion.

27° *Mortalité.*

Outre l'histoire des 17 sujets dont il s'agit, j'ai recueilli, à l'époque de mes conférences cliniques, l'histoire de quatre individus atteints d'affection typhoïde, qui ont succombé ; ce qui porte la mortalité à un cinquième, pour ce groupe du sujets.	Nulle.

28° *Age.*

Terme moyen 23 ans 1/2. Extrêmes 13 et 35 ans.	Terme moyen, 36 ans. Extrêmes, 13 et 70 ans.

29° *Traitement.*

Une ou deux saignées de 300 à 350 grammes ; ordinairement deux. — Une solution de sirop de gomme, avec un tiers d'eau de seltz, pour boisson. — Des lavements de lin.	Un quart de lavement de lin opiacé. — De l'eau de riz pour boisson. — Pas d'émission sanguine, à part le cas de pneumonie.

Certes, les deux ordres de malades dont je viens d'analyser l'histoire n'ont pas été atteints de la même affection ; car, pour ne parler que des symptômes, la *différence consiste bien moins, comme on va voir, dans leur intensité que dans leur nombre.*

Les symptômes communs aux deux ordres de malades n'étaient pas même tous plus énergiques dans l'un, et plus faibles dans l'autre. Ainsi, la diarrhée, les douleurs de ventre, les sueurs, étaient à la fois plus constantes, et existaient à un plus haut degré dans l'entérite que dans l'affection typhoïde ; le mouvement fébrile était, au contraire, plus considérable dans cette dernière maladie, à laquelle se rattachaient exclusivement, ou presque exclusivement, les autres symptômes. En effet, sur les vingt-trois sujets atteints d'entérite, cinq seulement étaient sans appétit lors de leur arrivée à l'hôpital ; un autre eut un léger météorisme, un deuxième de la céphalalgie, un troisième un délire intermittent, un quatrième se mit au lit avant de venir à l'hôpital, un dernier eut quelques *sudamina*. Mais aucun n'eut de somnolence, de prostration, d'éblouissements, de spasmes, de bourdonnements d'oreilles, de trouble de la vue, d'épistaxis, de taches roses, lenticulaires, de gonflement de la rate : symptômes dont les uns furent très fréquents chez les malades atteints d'affection typhoïde, les autres constamment observés quand ces malades arrivèrent à l'hôpital à une

époque qui n'était pas trop éloignée du début de l'affection. Cependant ces symptômes étaient ceux qu'avaient éprouvés les sujets dont j'ai donné l'histoire dans ces recherches, ceux que l'on observe tous les jours chez les individus qui succombent, et à l'ouverture desquels on trouve une altération profonde des plaques elliptiques de Peyer : en sorte qu'il est impossible de mettre en doute la relation des symptômes observés chez les sujets atteints d'affection typhoïde, avec ces plaques ainsi altérées, et qu'il faut admettre, qu'envisagées dans leurs symptômes, l'*entérite et l'affection typhoïde diffèrent moins encore par le degré de ceux-ci, que parce qu'ils sont peu nombreux dans l'une, nombreux et variés dans l'autre, quelque soit d'ailleurs le degré de la maladie.*

Ce fait avait déjà été mis hors de doute dans la première édition de mes recherches, où, comme dans celle-ci, les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri, étaient divisés en deux classes ; l'une relative à ceux qui avaient eu des symptômes graves, l'autre relative à ceux qui n'en avaient éprouvé que de légers, mais semblables et non moins nombreux : en sorte que ce qui précède ne fait, comme je l'ai dit, que confirmer, par de nouvelles observations, un fait déjà établi.

Mais à part les symptômes, combien de différences encore entre les deux séries de sujets dont l'histoire vient d'être analysée, sous le rapport de la durée, de la mortalité, de l'âge et du traitement ! Sous le rapport de la durée, celle de l'affection typhoïde fut de vingt-cinq à trente jours, de manière que la convalescence ne commença que de douze à dix-huit jours après l'admission des malades à l'hôpital ; tandis que dans l'entérite elle eut lieu quatre jours après la même époque.—Quant à la mortalité, elle fut nulle dans l'entérite.

d'un cinquième dans l'affection typhoïde. — L'âge moyen des sujets atteints de cette dernière maladie était de vingt-deux ans et demi ; celui des individus atteints d'entérite, de trente-six ans. — Le repos, les délayants, les opiacés, sans émissions sanguines, furent suivis d'un prompt succès dans l'entérite ; et, dans l'affection typhoïde, les délayants et les saignées ne furent suivis de la convalescence qu'après un espace de temps considérable.

L'observation suivante, qui a été publiée en 1830, par M. le docteur Weber, dans le *Journal hebdomadaire*, confirme ce qui vient d'être dit sur le caractère de l'entérite et de l'affection typhoïde, et je crois convenable, par cela même, de la reproduire ici, sans en rien retrancher.

XLe OBSERVATION *bis*.

Frisson violent, céphalalgie, diarrhée légère, douleurs au flanc droit, sentiment de faiblesse au début ; puis météorisme peu considérable de l'abdomen, augmentation du volume de la rate ; taches roses, lenticulaires, *sudamina*, etc., etc.

Un passementier, âgé de 22 ans, d'une constitution un peu délicate, mais jouissant habituellement d'une bonne santé, fut admis à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Raphaël, nº 40, le 27 avril 1830. Il était alors malade depuis quatre jours. Sa maladie avait débuté par un frisson assez violent, suivi de chaleur, la céphalalgie, une diarrhée légère (cinq à six selles dans la journée), des douleurs dans le flanc droit et dans les membres, un sentiment de faiblesse assez considérable ; et ces symptômes avaient persisté jusqu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 28 avril, commencement du sixième jour de l'affection : affaiblissement léger, air endormi, tendance au som-

meil, abaissement des paupières, yeux légèrement injectés, ouïe bonne, parole un peu lente, mémoire sûre; langue un peu rouge, médiocrement humide, soif peu considérable, ventre légèrement météorisé, sensible à la pression du côté droit; rénitence dans l'hypochondre gauche, six selles liquides; pouls peu accéléré, sans plénitude; chaleur un peu élevée; cinq à six taches typhoïdes, de 2 millimètres de large environ, sur l'abdomen; respiration sans mélange de râle; absence de toux; ni nausées, ni vomissements, ni douleurs à l'épigastre; anorexie. Le malade n'avait pas été saigné. *(Eau gazeuse avec sirop de gomme*, bis.; *lav. d'eau magnésienne; saignée de* 360 *grammes.)*

Il y eut dix selles dans la journée, et l'on ne put tirer que 240 à 280 grammes de sang.

Le 29 : figure et attitude plus naturelles que le 28, mouvements plus libres, chaleur très peu élevée, pouls à quatre-vingt-deux; les autres symptômes comme la veille. Sang dépourvu de couenne. *(Saignée de* 360 *grammes.)*

Les selles furent au nombre de six dans la journée.

Le 30, il n'y avait, comme à l'ordinaire, aucun trouble dans les fonctions de l'intelligence ou des organes des sens; la rate débordait les côtes de 5 centimètres environ; et la poitrine, vers la partie correspondante de ce viscère, rendait un son mat dans la hauteur de 8 centimètres. Le sang était sans couenne, comme le premier. *(Eau gazeuse; lav. d'eau magnésienne.)*

Le 1er mai, le météorisme avait diminué, les taches typhoïdes étaient un peu plus nombreuses; on en remarquait plusieurs sur la poitrine; la rate ne débordait les côtes que 3 centimètres; la poitrine ne rendait de son mat, dans le point correspondant, que dans la hauteur de 6 centimètres; la chaleur était médiocre, le pouls à soixante-douze,

sans caractère particulier ; les paupières moins abaissées. Il y avait eu dix selles dans la journée. Rien autre chose de remarquable.

Le 2, la langue, qui n'avait que sa couleur naturelle, les jours précédents, était d'un rouge assez vif, et épaissie, le voile du palais et la luette d'un rouge plus intense encore et augmentés de volume, le pouls à soixante-dix, la figure presque parfaitement naturelle, la rate encore moins saillante que la veille.

Dans les quatre jours qui suivirent, il y eut de deux à trois selles en vingt-quatre heures ; la langue devint successivement plus rouge et plus épaisse ; la rougeur et le gonflement du voile du palais diminuèrent au contraire, à partir du 5 ; le volume de la rate s'amoindrit tous les jours, et l'on pouvait à peine la soupçonner sous les côtes, le 6. Le même jour, le pouls était très calme, on observait quelques *sudamina*.

Du 7 au 20 mai, jour où le malade quitta l'hôpital, l'appétit se développa successivement davantage, et, le 11, le sujet mangeait trois soupes. La langue devint graduellement moins rouge et moins épaisse ; la diarrhée ne reparut pas, et les forces se rétablirent promptement, aucune erreur de régime n'ayant troublé la convalescence.

Comme le lecteur en avait été prévenu, les symptômes éprouvés par le malade étaient nombreux, et tels que le diagnostic de l'affection n'offrait pas de difficulté réelle ; bien qu'il n'y ait eu, dans son cours, ni délire, ni agitation, ni stupeur, ni altération des fonctions des organes des sens, ni sécheresse, ni encroûtement de la langue ; symptômes qui, naguère encore, faisaient partie *nécessaire* de l'ensemble des accidents qu'on attribuait à la fièvre typhoïde. Mais

le malade éprouvait, à son arrivée à l'hôpital, une faiblesse supérieure à celle qui accompagne ordinairement l'entérite, un peu plus de fièvre aussi ; il avait un peu de tendance à l'assoupissement, un très léger météorisme, la rate volumineuse et quelques taches roses, lenticulaires, sur le ventre ; c'est-à-dire cet ensemble de symptômes qu'on ne trouve jamais réunis dans l'entérite proprement dite, et qu'on observe toujours à divers degrés dans le cours de l'affection typhoïde. Bientôt des *sudamina* survinrent, les symptômes ne perdirent rien de leur bénignité dans les jours qui suivirent l'admission du malade à l'hôpital ; de manière que l'affection parut toujours très légère, ou qu'on l'aurait au moins jugée d'une nature bénigne, si l'on n'eût eu égard qu'au degré des symptômes, et non à leur nombre et à la nature de la maladie.

Mais l'affection typhoïde peut affecter une marche beaucoup plus obscure que celle dont il a été question jusqu'ici, et le lecteur pourra s'en convaincre par la lecture des faits qui sont l'objet de l'article suivant.

ARTICLE II.

Affection typhoïde, sous forme latente.

XLIe OBSERVATION (1).

Frisson, chaleur élevée au début, soif médiocre, diminution peu considérable de l'appétit ; dans la suite, pouls calme, chaleur peu élevée, soif et appétit comme auparavant, jusqu'au vingt-troisième jour de

(1) Cette observation et trois des suivantes ont été insérées dans mon *Mémoire sur la perforation de l'intestin grêle*. J'y ai rétabli quelques symptômes que j'avais cru pouvoir omettre lors de la publication de ce mémoire.

la maladie, qu'une perforation a lieu. — Perforation de l'intestin grêle; épaississement, sans rougeur, des plaques elliptiques; deux glandes mésentériques volumineuses, près du cœcum seulement; presque tous les viscères sains.

Un charpentier, âgé de vingt-cinq ans, à Paris depuis sept mois, d'une taille moyenne, d'une constitution médiocrement forte, cheveux noirs, poitrine large, d'une conduite régulière, fut admis à l'hôpital de la Charité le 21 décembre 1822, accusant dix-huit jours de maladie. L'affection avait débuté, le soir, après un repas médiocre, par un frisson suivi d'une chaleur peu élevée, la diminution de l'appétit, la constipation; la chaleur et la soif étaient restées peu considérables, le frisson ne s'était pas renouvelé. Le malade avait pris tous les jours, un peu de vin pur ou mêlé d'eau, et une petite quantité d'aliments qui n'excitaient ni nausées ni douleurs à l'épigastre, étaient seulement suivis de douleurs dans les bras. Une toux légère s'était jointe aux autres symptômes, dans les cinq derniers jours, et le malade, qui n'était venu à l'hôpital que pour demander des conseils, consentit à y prendre un lit. — Il n'avait pas eu de douleurs de ventre.

Le lendemain 22 : figure naturelle, intelligence développée, sens intègres, faiblesse peu considérable, nulles douleurs dans les membres, sommeil calme; langue naturelle, soif médiocre, appétit un peu diminué, ventre universellement souple et indolent, urine facile, constipation depuis deux jours; pouls assez plein et large, à soixante-huit: chaleur douce; bruit respiratoire mêlé de râle sec et sonore, quelquefois sifflant; crachats clairs; nulle oppression. (*Lim.; pot. gomm.; trois riz; trois bouillons.*)

La nuit fut calme, et, le lendemain 23, la langue était un peu rouge à son pourtour, la bouche et le ventre comme la

veille, le pouls un peu accéléré, la chaleur élevée, le bruit respiratoire un peu sifflant; le malade n'éprouvait de douleurs dans aucun point. (*Même prescription.*)

Le 25, à part la couleur de la langue qui était blanchâtre au centre, le malade était dans le même état apparent que le premier jour. Il se promena encore le lendemain, comme il le faisait depuis son entrée à l'hôpital, et ne se plaignit de rien.

Mais dans la nuit du 26 au 27, à trois heures du matin, il fut pris *tout à coup* d'une douleur extrêmement vive dans toute l'étendue de l'abdomen, qui persista, sans être accompagnée de frissons, de nausées ou de vomissements.

Le 27, à huit heures du matin, les traits étaient effilés, le visage triste et abattu, jaunâtre, et tout empreint de douleur et d'anxiété; les yeux assez naturels, les sens et l'intelligence intègres, le malade immobile, dans la crainte d'augmenter les douleurs que le moindre mouvement exaspérait; sa figure, plus encore que ses paroles, exprimait ses profondes souffrances; la soif était très vive, la langue rouge et peu humide, les dents sèches; le ventre ne pouvait supporter la plus légère pression, n'était pas météorisé, ni plus chaud intérieurement que le reste du corps; et les boissons n'exaspéraient pas les douleurs dont il était le siége: le pouls était très accéléré, étroit et assez résistant, la toux médiocre. On reconnut, au premier abord, la nature de l'accident: on fit appliquer trente sangsues à l'abdomen, et on donna des boissons adoucissantes à prendre par gorgées.

La douleur diminua peu après la chute des sangsues, et on en appliqua de nouvelles dans la soirée.

A huit heures: nausées, vomissements qui durèrent toute la nuit.

Le lendemain 28, le caractère de la physionomie était le même que la veille, la couleur de la peau presque cadavéreuse, l'intelligence en bon état, les mouvements du corps un peu moins douloureux que la veille, la langue rouge au pourtour et verdâtre au centre, les vomissements, composés de bile verte, presque continuels ; le ventre ballonné, très sensible à la pression ; le pouls petit, enfoncé, à cent quarante cinq ; la chaleur presque naturelle ; la respiration très fréquente. (*Dix sangsues.*)

Il n'y eut pas de vomissements de tout le jour, et les douleurs furent vives pendant la nuit. Le lendemain, elles étaient presque entièrement dissipées, ne se réveillaient que par la pression ; le pouls et la respiration étaient encore plus accélérés que la veille, la physionomie et l'intelligence dans le même état.

A midi, le malade, se tournant vers un de ses camarades, annonça qu'il n'avait pas longtemps à vivre, demanda à boire, et mourut au même instant, au milieu d'un vomissement de bile copieux.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. — Rien de remarquable.

Tête. Les veines cérébrales étaient remplies de sang; les ventricules latéraux du cerveau renfermaient un peu de sérosité, rougeâtre à gauche. — La substance médullaire était très injectée.

Poitrine. Le cœur était sain, l'oreillette droite distendue par une grande quantité de sang. Les plèvres contenaient un verre de sérosité rouge, environ. Les poumons étaient mous et légers, offraient des taches noirâtres en arrière, beaucoup plus larges à l'extérieur qu'à l'intérieur. Les bronches avaient une couleur rouge obscur, peu foncé.

Abdomen. La paroi antérieure de l'abdomen adhérait, au moyen d'une fausse membrane molle et peu épaisse, à l'épiploon, et le péritoine était plus injecté, dans cette partie, que partout ailleurs. — Les circonvolutions de l'intestin grêle étaient distendues par des gaz et unies entre elles par des concrétions albumineuses, membraniformes. Un liquide roussâtre, trouble, épais, comme bourbeux, d'une odeur forte, et assez semblable à celui qui se trouvait dans le dernier quart de l'intestin grêle, remplissait le petit bassin et se répandait dans les flancs. — Les glandes mésentériques étaient peu volumineuses, à part deux des plus rapprochées du cœcum, et elles avaient la couleur et la fermeté qui leur sont naturelles. — Sur la fin de l'iléum, à 3 décimètres du cœcum, se trouvait un trou de 4 millimètres de diamètre, pratiqué au centre d'une des ulcérations que je vais décrire. Le jéjunum n'offrait rien de remarquable; mais on voyait, dans toute la longueur de l'iléum, un grand nombre de plaques elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, de 12 à 35 millimètres dans leur grand diamètre, de 1 à 2 d'épaisseur, d'autant plus épaisses qu'on s'approchait davantage du cœcum, presque entièrement formées par la muqueuse, qui était grisâtre et tiquetée de bleu dans ce point; les unes ulcérées (huit des plus rapprochées de la perforation), les autres non ulcérées. Les ulcérations étaient plus ou moins larges, augmentaient d'étendue dans le même sens que les plaques acquéraient plus d'épaisseur, avaient pour fond la tunique musculaire amincie dans quelques points. Entre elles s'en trouvaient d'autres plus petites, sur des cryptes agminées d'une forme irrégulière, ayant à leur centre une matière jaune, friable. — La membrane muqueuse de l'estomac, couverte d'un mucus visqueux, était grisâtre dans le voisinage du pylore, rose dans la plus grande partie de

son étendue, et d'une bonne consistance. — Celle du gros intestin était parfaitement saine. — La rate était un peu volumineuse et ramollie; les autres viscères dans l'état naturel.

En résumé, la maladie eut une durée totale de vingt-six jours, et elle débuta par des symptômes semblables à ceux qui se développent dans beaucoup de cas où ils deviennent bientôt aussi graves que caractéristiques. Mais, après ce début, l'affection parut demeurer stationnaire; il n'y eut ni diarrhée ni douleurs de ventre, la chaleur et la soif furent peu considérables; au dix-huitième jour de la maladie, la santé du sujet était si faiblement dérangée qu'il ne venait à l'hôpital que pour demander un conseil, et qu'il consentit, avec quelque répugnance, à y prendre un lit. Ce même état continua, le pouls resta calme, la langue naturelle, le malade se promena journellement au jardin pendant les cinq premiers jours qui suivirent son admission à la Charité; au vingt-troisième jour de l'affection, des symptômes de perforation éclatèrent; et à l'ouverture du cadavre on trouva les plaques elliptiques de l'iléum épaissies, ulcérées ou non ulcérées, l'une d'elles perforée à son centre, tous les désordres consécutifs aux perforations de l'intestin, et de très légères lésions dans les autres organes.

Sauf quelques modifications que j'indiquerai tout à l'heure, la lésion de l'intestin grêle ne différait en rien de celle qu'on observe chez les sujets qui meurent de l'affection typhoïde, après en avoir éprouvé les symptômes les plus graves. On ne saurait donc, malgré l'absence de ceux-ci, méconnaître le caractère de la maladie. Le sujet qui nous occupe a eu une affection typhoïde, comme il y a eu péripneumonie, quand, à l'ouverture du cadavre, on trouve une hépatisation du parenchyme pulmonaire, encore que l'in-

flammation n'ait donné lieu à aucun des symptômes rationnels qui lui sont propres. L'un n'est pas moins indubitable que l'autre. Il est arrivé ici, jusqu'à un certain point, ce qui a lieu dans quelques cas de phthisie. Bien avant que l'affection ait déterminé des symptômes graves, que la lésion qui la constitue soit très avancée, on voit, chez quelques sujets, un tubercule, placé sous les plèvres, se fondre et donner lieu à une perforation qui amène plus ou moins promptement la mort. Pour ne pas être mort de la même manière que la plupart des individus atteints de phthisie, le sujet n'en était pas moins phthisique, et la phthisie a été la cause de l'accident mortel, comme la lésion qui constitue le caractère anatomique de l'affection typhoïde a causé ici la perforation et la mort.

Les doutes qui auraient pu s'élever sur le caractère de l'affection une fois dissipés, il importe de remarquer que l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle étant la seule qui eût quelque gravité, c'est aussi à elle qu'il faut principalement rapporter les faibles symptômes antérieurs à ceux de la perforation; que ces symptômes convenaient assez bien à ce qu'on nomme embarras gastrique ; que si la perforation n'eût pas eu lieu, et que les ulcérations se fussent cicatrisées, on aurait probablement dit que le malade n'avait eu qu'un embarras gastrique ou intestinal ; qu'on ne saurait douter que l'erreur n'ait eu lieu quelquefois ; que c'est une puissante raison de soumettre à un examen sévère toutes les affections sans siége bien déterminé, ou dont la nature est inconnue ; que des symptômes graves ne sont pas nécessairement attachés, à beaucoup près, comme j'ai souvent eu occasion de le montrer, à l'affection typhoïde (1).

(1) On sentira encore mieux, en quelque sorte, cette nécessité, si l'on fait attention qu'une maladie générale à son début, ou ayant sa cause

Les modifications relatives à la lésion des plaques elliptiques de l'intestin grêle, dont je parlais tout à l'heure, consistent en ce qu'elles avaient une couleur peu différente de celle qui leur est naturelle, qu'elles n'étaient ni rouges ni bleuâtres, comme nous l'avons vu dans tous les cas exposés jusqu'ici, et peu ramollies : ce qu'on ne peut attribuer à une marche rétrograde de l'affection, puisqu'il n'y avait tendance à la cicatrisation dans aucun point, que le pourtour de l'ulcération perforée ne différait en rien de celui des autres. De manière qu'on est forcée de conclure qu'ici l'inflammation n'a eu que la moindre part à l'altération des plaques, que la tendance à l'ulcération dominait. Et cette conséquence est confirmée par l'absence presque complète de réaction, qu'elle explique, et par l'état des glandes mésentériques qui ne s'éloignaient que de bien peu, si l'on excepte les deux plus voisines du cœcum, de l'état naturel.

Cette tendance extrême à l'ulcération se retrouve d'ailleurs dans d'autres circonstances, et dans d'autres organes; dans la cornée, par exemple, qui s'ulcère quelquefois sans qu'on puisse en trouver la cause dans la violence de l'inflammation, etc.

XLIIe OBSERVATION.

Frissons répétés pendant dix jours, anorexie complète, céphalalgie intense, soif, diminution peu considérable des forces; au vingtième

dans l'état des liquides, ne pourrait manquer de donner lieu, plus ou moins promptement, à un désordre local qu'il importerait de connaître. Au moins peut-on le conjecturer de tout ce qui a été dit jusqu'ici des lésions secondaires, et de ce qui arrive chez les animaux dans les veines desquels on a injecté des liquides irritants, ou des poisons; puisqu'à l'ouverture de leur corps on trouve des lésions, plus ou moins graves, d'un ou plusieurs viscères, alors même que la mort a été très prompte.

jour, diarrhée légère, symptômes péripneumoniques peu considérables; au *vingt-quatrième, perforation.* — Ulcérations nombreuses de l'iléum; glandes mésentériques correspondantes, volumineuses, grisâtres et ramollies; ulcérations dans l'œsophage et dans l'estomac; rate volumineuse et ramollie.

Un fileur de coton, âgé de vingt-sept ans, d'une grande taille, d'une constitution assez forte, ordinairement bien portant, était à Paris depuis cinq mois, quand il tomba malade au commencement d'août 1824.

L'affection avait été précédée, pendant quelques jours, d'une légère diminution d'appétit, et avait débuté par une céphalalgie intense, des frissons, la soif et l'anorexie. Ces symptômes avaient continué, les frissons étaient revenus irrégulièrement tous les jours, pendant la première semaine, avaient cessé à la suite d'une saignée, et, dix jours après, le malade avait eu, au retour d'une promenade, dans laquelle il s'était légèrement refroidi, un peu de toux accompagnée de crachats sanglants, visqueux et rouillés, pour lesquels on avait pratiqué successivement trois saignées. Le 24 août, vingt-troisième jour de l'affection et sixième de la toux, il fut admis à l'hôpital de la Charité, où je le trouvai dans l'état suivant :

Faiblesse assez considérable, figure médiocrement animée, intelligence un peu obtuse, nulle apparence de malaise et d'anxiété, point de céphalalgie, sommeil médiocre; langue un peu rouge au pourtour, jaune et villeuse au centre: bouche pâteuse; soif vive; déglutition facile; ventre souple et indolent; trois selles liquides dans les dernières vingt-quatre heures, sans coliques (un peu de diarrhée depuis trois jours); chaleur élevée; pouls large, à cent vingt; oppression médiocre; toux peu fréquente, râle sec et sonore à la partie antérieure de la poitrine; crépitation assez fine en ar-

rière, du côté gauche, dans les deux cinquièmes inférieurs; râle muqueux à droite dans le point correspondant, quelquefois même sorte de gargouillement; crachats assez copieux, largement aérés, visqueux, quelques-uns rouillés; ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina*. (*Viol. édulc.; riz édulc.; pot. gom.; saignée de* 250 *grammes*; *vésic. à la poitr.*)

Le malade fut assez calme pendant le jour; mais, au milieu de la nuit, il fut pris *tout à coup* d'une douleur assez vive dans la partie inférieure du ventre, et il eut, jusqu'au moment de la visite, six selles liquides. Alors il se plaignait peu, avait la figure pâle et violacée, recherchait la chaleur et s'enveloppait le plus exactement possible dans ses couvertures; tout son ventre était sensible à la pression, mais à un médiocre degré : il n'avait eu ni frissons, ni nausées, ni vomissements; la chaleur était peu élevée, le pouls assez large, aussi accéléré que la veille; les crachats, toujours visqueux, n'étaient plus rouillés; il y avait à peine des traces de crépitation, et on entendait, dans toute l'étendue de la poitrine, un râle vibrant qui en faisait frémir les parois. Le malade se mettait sur son séant avec assez de facilité.

Il y eut, dans la soirée, des vomissements de bile assez copieux. Le lendemain matin, l'élève chargé des pansements fit celui du vésicatoire de la poitrine : pendant le temps nécécessaire à cette opération le malade se tint sur son séant; il se coucha ensuite, et trois minutes après, comme je m'en approchais pour l'observer, il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Rien de remarquable que le développement du ventre qui était très météorisé et déjà bleuâtre dans une grande partie de sa surface.

Tête. L'arachnoïde et la pie-mère étaient dans l'état naturel ; la substance médullaire avait une bonne consistance et était un peu injectée. Il y avait une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, et une demi-cuillerée du même liquide à la base du crâne. Le cervelet, la protubérance et la moelle allongée étaient dans l'état naturel.

Cou. L'épiglotte, le larynx, la tranchée-artère et le pharynx n'offraient point d'altération appréciable.

Poitrine. Le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains. — Il y avait quelques adhérences celluleuses à la partie postérieure du poumon gauche, qui, comme celui du côté droit, était léger, mou, et n'offrait que quelques traces d'engouement à sa partie postérieure. Les bronches avaient une teinte rosée, et contenaient une petite quantité de mucus.

Abdomen. L'estomac et l'intestin grêle étaient considérablement distendus par des gaz. Il y avait, dans la cavité de l'abdomen, de trois à quatre litres de sérosité trouble, jaunâtre, mêlée de flocons albumineux, d'une odeur fétide, propre aux cas de perforation de l'intestin, et, entre la vessie et le rectum, un grand verre de pus bien lié. Sur l'iléum, à 70 millimètres du cœcum, se trouvaient deux trous, larges de 3 millimètres, placés au centre de deux ulcérations qui vont être décrites. — L'œsophage offrait, dans toute sa hauteur, des ulcérations ovalaires, dirigées verticalement, au nombre de trente, de 6 à 80 millimètres de surface, d'autant plus larges qu'elles étaient plus voisines du cardia, formées par la destruction de la membrane muqueuse qui était saine à son pourtour. — Celle de l'estomac était jaunâtre et ramollie dans son extrémité supérieure, grisâtre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans sa moitié pylorique, où elle offrait, dans la

hauteur de 40 millimètres, près du pylore, plusieurs petites ulcérations de 2 millimètres de large. — Une ulcération pareille, un peu plus large seulement, avait son siége dans le duodénum, près de la valvule pylorique. — Les circonvolutions de l'intestin grêle étaient réunies dans plusieurs points par des concrétions albumineuses, membraniformes, grisâtres, d'une bonne consistance, et offraient aussi des plaques d'un rouge assez intense, dues à l'injection du péritoine. Le jéjunum contenait une médiocre quantité de bile; sa membrane muqueuse offrait, dans le voisinage de l'iléum, des plaques tiquetées de gris; on en voyait de semblables dans l'iléum, et, jusqu'aux treize derniers décimètres, elles avaient leur aspect naturel. Au-delà elles offraient vingt ulcérations irrégulières, de la largeur de 4 millimètres, plus voisines de la forme carrée que de la forme arrondie, à bords peu saillants, grisâtres, coupés en dédolant, principalement formés par l'épaississement de la tunique sous-muqueuse. Au fond de ces ulcérations se trouvait la tunique musculaire, un peu rouge, plus ou moins amincie, d'ailleurs saine. Elle était détruite, et la tunique péritonéale existait seule, au centre de l'une d'elles. Enfin cette membrane avait disparu là où étaient les perforations. La plus grande des ulcérations finissait à 25 millimètres de la valvule iléo-cœcale, avait 50 millimètres de long sur 25 de large; et entre elle et cette valvule, tout le pourtour de l'intestin était inégal, tiqueté de gris et parsemé de petites ulcérations superficielles. — Les glandes mésentériques étaient grisâtres, volumineuses et un peu molles. — La membrane muqueuse du gros intestin était légèrement ramollie dans quelques points, et parfaitement saine dans le reste de son étendue. — Le foie était mollasse, d'ailleurs dans l'état naturel. Sa vésicule offrait, au milieu

d'un liquide abondant, d'une couleur plus foncée que de coutume, un calcul noirâtre, du volume d'un pois, hérissé d'aspérités. — La rate était cinq fois plus volumineuse que dans l'état ordinaire ; sa couleur était noirâtre à l'extérieur et à l'intérieur, son tissu ramolli à un médiocre degré. — Les autres viscères étaient sains.

Entre cette observation et la précédente la différence n'est pas considérable, et, à part quelques lésions accessoires, il y a presque identité. C'est la même absence de symptômes caractéristiques, le même aspect des plaques elliptiques, ulcérées ou non ulcérées, de l'intestin. Le début de la maladie est un peu plus violent, les frissons se répètent dix jours de suite, l'anorexie est complète ; mais les forces diminuent peu, le malade se promène jusqu'au vingtième jour de l'affection, époque à laquelle ont lieu un peu de diarrhée, quelques symptômes péripneumoniques, et bientôt tous ceux d'une perforation ; et, à l'ouverture du cadavre, on trouve les vingt dernières plaques de l'iléum profondément ulcérées, deux d'entre elles perforées, leur pourtour grisâtre, comme chez les sujets de la précédente observation ; les glandes mésentériques volumineuses, d'une couleur assez naturelle, et un peu ramollies, beaucoup d'ulcérations dans l'œsophage et dans l'estomac.

Malgré des frissons assez répétés dans les dix premiers jours de la maladie, la réaction fut peu considérable, et la couleur des plaques elliptiques de l'iléum et des glandes mésentériques correspondantes me paraît indiquer, qu'ici, comme dans l'observation qui précède, l'inflammation n'eut que la moindre part aux ulcérations.

Mais était-il possible, dans l'absence de tout symptôme caractéristique, car il n'y eut ni stupeur, ni délire ; on n'ob-

serva ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina*, ni météorisme; était-il possible de reconnaître, ou du moins de soupçonner le véritable caractère de l'affection, quand le malade fut admis à l'hôpital? Le degré du mouvement fébrile et la perte complète de l'appétit devaient éloigner l'idée d'un embarras gastrique; rien n'indiquait une entérite proprement dite, une maladie du foie, des reins ou des viscères thorachiques (avant les symptômes péripneumoniques). Et, comme les affections typhoïdes, dont les symptômes sont ensuite les plus graves, ne donnent assez souvent lieu, huit et dix jours de suite, qu'à des accidents légers, semblables à ceux que le malade dont il s'agit a éprouvés, on conviendra qu'il n'était possible de soupçonner qu'une affection typhoïde. Et ce fait et le précédent prouvent que la durée de cet état obscur n'ôte rien à la légitimité des soupçons. J'ajouterai que si le malade, au lieu de se présenter à l'hôpital au vingt-troisième jour de la maladie, y eût été admis plus tôt, après huit à dix jours de souffrances, par exemple, et si, à dater de cette époque, il eût été étudié avec soin, on aurait sans doute observé quelques symptômes plus ou moins caractéristiques qui auraient mis sur la voie: des douleurs ou du gargouillement dans la fosse iliaque du côté droit, des taches roses, lenticulaires, qui avaient peut-être existé avant l'admission du malade à la Charité, le gonflement de la rate; symptômes qui, réunis à la fièvre et à la diarrhée, auraient suffi, indépendamment de tout accident grave, pour caractériser la maladie.

D'ailleurs, les ulcérations de l'intestin grêle ne sont pas les seules dont la marche ait été latente : il en fut de même de celles de l'œsophage, puisque la déglutition fut facile, jusque dans les derniers temps de la maladie. Il n'est pas moins remarquable que les symptômes de la perforation fu-

rent peu prononcés : qu'à cette époque le pouls, au lieu d'être serré, comme dans l'observation précédente, conserva une certaine largeur; que si ce fait n'explique pas l'absence des symptômes caractéristiques de la lésion des plaques de l'iléum, il montre que le faible degré de la sensibilité des membranes muqueuses était partagé par les séreuses. Mais à quoi attribuer la mort précipitée et inattendue du sujet ?

XLIIe OBSERVATION.

Dégoût, anorexie incomplète, frissons au début, continuation des mêmes symptômes; ensuite selles rares, taches roses, lenticulaires; au vingt-deuxième jour, quelques douleurs hypogastriques ; symptômes de perforation au trente-huitième ; mort au *quarante-cinquième*. — Plaques elliptiques de l'iléum ulcérées, une d'elles perforée, dans le voisinage du cœcum; glandes mésentériques correspondantes un peu rouges, volumineuses et ramollies, etc.

Un tailleur, âgé de vingt-cinq ans, assez sujet au rhume, un peu étroit et maigre, ayant la respiration courte depuis l'âge de dix ans, fut admis à l'hôpital de la Charité le 31 mai 1825. Il était à Paris depuis neuf mois, accusait vingt jours de maladie, huit jours de repos, et n'avait pas gardé le lit. Au début, dégoût, anorexie, soif, toux, frissons suivis de chaleur. Ces symptômes persistèrent, les frissons revinrent toutes les fois que le malade n'était pas au soleil ou près du feu, et il se borna, pour toute nourriture, au café et au chocolat qui lui répugnaient. Ayant pris tous les jours, dans la première semaine, un peu de teinture de rhubarbe, il eut aussi, tous les jours, pendant le même espace de temps, une selle liquide; puis les évacuations alvines devinrent rares, et furent entièrement supprimées dans la dernière

semaine. Il y eut aussi un peu de malaise et de pesanteur à l'épigastre ; mais nulle douleur de ventre.

Le 1er juin : figure naturelle, attitude convenable, intelligence développée ; langue nette et humide au pourtour, villeuse au centre ; soif vive, anorexie, oppression légère à l'épigastre, constipation ; chaleur un peu élevée, moiteur universelle, pouls large et médiocrement plein, légèrement irrégulier ; toux peu fréquente, quelques crachats muqueux ; murmure respiratoire naturel ; faiblesse moyenne, point de céphalalgie. (*Limon. ; catapl. sur l'abd. ; lavem. émoll. ; diète.*)

Rien de remarquable les deux jours suivants. Le 4 : teint jaunâtre, physionomie moins animée qu'à l'ordinaire, un peu de céphalalgie, quelques taches roses, lenticulaires, sur le ventre et sur la poitrine ; légères douleurs à l'hypogastre, selles par lavement, comme les autres jours ; pouls assez large, à quatre-vingt-six.

Du 5 au 16 l'état du malade fut à peu près stationnaire ; toutefois l'anorexie, fut moins complète, et, le 9, on lui permit deux demi-crêmes de riz. Le 17, pour la première fois, il eut des selles spontanées, liquides, et déjà, depuis plusieurs jours, la figure était plus pâle, la faiblesse plus considérable que de coutume ; mais le caractère du pouls, les douleurs hypogastriques, etc., etc., n'avaient pas changé sensiblement.

Toutefois, dans la matinée du 18, le malade éprouva *tout à coup*, dans le testicule droit et dans la partie correspondante de l'hypogastre, une violente douleur. Celle-ci abandonna presque aussitôt son premier siége, resta fixée à l'hypogastre, qu'elle envahit tout entier en quelques minutes, et elle diminua assez rapidement ; de manière que la sœur de service ne s'aperçut pas, dans la journée, que le malade

souffrît plus qu'à l'ordinaire. Il avait eu un peu de frisson et de tremblement au début de la douleur.

Le lendemain, elle était considérable, et l'exaspération datait du milieu de la nuit; la figure était effilée, couverte de grosses gouttes de sueur; il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni météorisme; le pouls était à cent quatre. (*Quart de lav. de lin opiacé*, bis; *catapl. arrosé de laudan.*)

Il y eut six selles liquides et plusieurs vomissements de bile verte, dans la matinée; les sueurs continuèrent tout le jour, et les douleurs furent plus ou moins vives. Le 20, à l'heure de la visite, elles étaient très fortes; le malade s'opposait à ce qu'on approchât les mains du ventre; sa figure n'exprimait pas l'anxiété; mais ses traits avaient une sorte d'immobilité qui leur était étrangère; la chaleur était médiocre, la toux nulle. (*Tis. de riz édulc. acidul.; cinquante sangsues à l'hypogastre ; foment. émoll.*)

La perte de sang fut assez considérable, les douleurs diminuèrent bien peu, il n'y eut ni nausées, ni vomissements, dans la journée. Le lendemain : ventre médiocrement tendu, toujours très douloureux, langue pâle, presque parfaitement nette, pouls à quatre-vingt-douze (*Trente sangsues à l'hypogastre*).

Le 22 : figure presque naturelle, douleurs beaucoup moins vives que la veille. Elles étaient encore moins considérables le lendemain et le surlendemain, en sorte que l'état du malade semblait stationnaire ou même tendre à s'améliorer; mais les douleurs augmentèrent un peu dans la journée du 24, elles furent extrêmement vives le soir, à six heures, et elles continuèrent à peu près au même degré jusqu'au lendemain, sans nausées, ni vomissements.

Le 25, le malade poussait de temps à autre des gémisse-

ments, sa figure était pâle et couverte de sueur, son intelligence parfaite, son ventre bien conformé, très douloureux, son pouls extrêmement petit et faible, à deux cents. Il y eut quelques vomissements de bile à dix heures un quart, et à une heure de l'après midi le malade expira.

OUVERTURE DU CADAVRE QUARANTE-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement assez considérable, ventre bleuâtre : il l'était déjà un peu la veille.

Tête. Infiltration légère au-dessous de l'arachnoïde ; épaississement partiel de cette membrane dans deux points, à 25 millimètres de la faux ; demi-cuillerée de sérosité claire dans chacune des ventricules latéraux ; substance médullaire du cerveau médiocrement consistante, légèrement injectée d'un sang pâle. Le reste sain.

Cou. Le larynx, l'épiglotte, le pharynx et la trachée-artère étaient blancs, et dans l'état naturel.

Poitrine. Le cœur était pâle et très mou ; ses parois étaient minces, celles du ventricule gauche avaient 7 millimètres d'épaisseur, celles du droit un peu moins de 3. L'aorte était saine. — Le sommet du poumon gauche présentait quelques adhérences celluleuses, était un peu dur et inégal, offrait, dans la hauteur de 50 millimètres, un assez grand nombre de granulations grises, demi-transparentes, au milieu desquelles se trouvait une excavation tuberculeuse, du volume d'une noix, en partie vide et communiquant avec les bronches. Celles-ci étaient un peu rouges, dans ce point seulement, et dans la hauteur de 9 centimètres. Au-dessous le tissu pulmonaire était dans l'état normal. Il en était de même du poumon droit, dont les bronches étaient parfaitement saines dans toute leur étendue.

Abdomen. Il y avait un peu moins d'un litre de liquide trouble, grisâtre et verdâtre, très fétide, dans les flancs et dans le petit bassin, et, dans ce dernier point, ce liquide avait, à la partie la plus déclive, la consistance du pus louable. La face concave du diaphragme et une partie de celle du foie étaient grisâtres et couvertes de fausses membranes, minces et peu consistantes; l'épiploon était rougeâtre et épais de 5 millimètres à sa circonférence; il adhérait au côté gauche du détroit supérieur dans une petite étendue, et il recouvrait l'intestin grêle, dont les circonvolutions, légèrement météorisées, occupaient, en grande partie, le petit bassin, et adhéraient entre elles par des concrétions membraniformes. Je pressai doucement l'intestin avant de détruire ces adhérences, et je vis s'échapper, du liquide épanché, de grosses bulles d'air, au moyen desquelles je reconnus le siége de la perforation, à 130 millimètres du cœcum. — L'œsophage était sain, l'estomac un peu distendu par des gaz. Sa surface extérieure n'offrait que quelques parcelles de fausses membranes, et à l'intérieur on trouvait une petite quantité de matière jaune, verdâtre, pultacée. Sa membrane muqueuse avait une couleur analogue, si ce n'est le long de la grande courbure où elle était grisâtre. Un peu ramollie près du pylore, elle avait partout ailleurs la consistance et l'épaisseur qui lui sont naturelles. — L'intestin grêle offrait, à sa surface externe, des plaques d'un rouge plus ou moins foncé, dues à l'injection du péritoine; il contenait une médiocre quantité de matière pultacée semblable à celle de l'estomac. Sa membrane muqueuse avait perdu la moitié de sa consistance dans le jéjunum, était molle comme du mucus dans l'iléum, un peu épaissie dans toute sa longueur. A 6 décimètres du cœcum se trouvait une ulcération transversale, de 19 millimètres de surface, à l'opposite du mésentère, ayant

pour fond la tunique musculaire amincie, et des bords peu saillants, de 5 millimètres de large, légèrement grisâtres, non tiquetés de gris-bleu. Six ulcérations semblables existaient dans les 15 centimètres les plus rapprochés du cœcum, et, au centre de la première d'entre elles, se trouvait la perforation, qui avait 6 millimètres de diamètre, et dont les bords, très minces, étaient formés, dans une partie de sa circonférence, par le péritoine seulement. — Les glandes mésentériques étaient un peu rouges, triplées ou quadruplées de volume, et avaient moitié moins de consistance que dans l'état ordinaire. — La membrane muqueuse du gros intestin était très ramollie dans sa première moitié, beaucoup moins dans la seconde, et légèrement épaissie dans toute son étendue. Sa tunique sous-muqueuse et celle de l'intestin grêle l'étaient aussi. — Le foie était un peu pâle et mou ; la bile de la vésicule, abondante, claire et d'un rouge foncé ; la rate était doublée de volume ; son tissu un peu pâle et légèrement ramolli ; et les autres viscères de l'abdomen étaient dans l'état normal.

A l'intérêt des précédentes observations se joint ici l'intérêt qu'offre la durée beaucoup plus considérable de la maladie ; la mort n'ayant eu lieu que quarante-cinq jours après le début. Comme dans les deux premiers cas, la soif, l'anorexie, les douleurs de tête, les frissons, indiquent clairement le début ; les frissons se renouvellent plusieurs jours de suite, les autres symptômes persistent longtemps au même degré, sans que d'autres s'y ajoutent : c'est seulement après trois semaines, le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital, que des douleurs de ventre se manifestent ; la diarrhée ne survient qu'au trente-septième jour de l'affection, la veille de la perforation ; et, après la mort, on trouve sept ul-

cérations de peu d'étendue, à bords aplatis, dans l'intestin grêle, près du cœcum; un ramollissement marqué de la membrane muqueuse de l'un et de l'autre intestin, un ramollissement moindre de celle de l'estomac; le cœur, le foie et la rate ayant subi une altération analogue.

Les ulcérations de l'intestin grêle étant la plus profonde, et sans doute la plus ancienne des lésions observées, à elles doivent être attribués, en grande partie du moins, les symptômes fébriles du début, l'anorexie et la soif qui furent à peu près stationnaires pendant un mois. Et l'on conçoit qu'à une lésion si peu étendue, si lente peut-être à se développer, devaient correspondre des symptômes peu intenses, d'autant mieux que le pourtour des ulcérations, ou ce qui restait des plaques ulcérées, était fort peu épaissi, pâle; que l'état inflammatoire avait sans doute été fort peu considérable, et n'avait pris, comme dans le cas précédent, qu'une faible part à l'ulcération. — Un autre fait dépose en faveur de cette manière de voir, je veux parler du peu d'effet de la teinture de rhubarbe donnée dix jours de suite.

Ce qui a été dit relativement à la précédente observation suffit d'ailleurs pour montrer comment on pouvait encore arriver ici à reconnaître le caractère de la maladie. Mais, de plus que chez le sujet de cette observation, il y eut, longtemps avant la perforation, des douleurs de ventre, et des taches roses, lenticulaires, furent observées; en sorte que le diagnostic devait être beaucoup plus facile que dans les deux derniers cas; qu'il n'offrait pas même de difficultés bien réelles pour un médecin attentif, avant la perforation.

Il convient, toutefois, de remarquer ici que l'affection tuberculeuse débuta, suivant toutes les apparences, avec la maladie principale, sans qu'il y eût un certain mélange des symptômes des deux affections dès leur début. Cependant,

comme les ulcérations de l'intestin grêle, bien qu'incomplétement décrites, avaient les caractères de celles qui ont lieu dans le cours de l'affection typhoïde ; comme l'état des glandes mésentériques ne pouvait être rapporté qu'à celle-ci ; évidemment cette maladie a eu la plus grande part aux symptômes et aux lésions observés, et l'observation qui nous occupe ne pouvait être placée que dans le chapitre de l'affection typhoïde latente.

XLIVe OBSERVATION.

Frissons, céphalalgie, anorexie, bientôt douleurs de ventre; retour des frissons pendant huit jours et régulièrement, puis diarrhée fort irrégulière ; évacuation d'un verre de sang au vingtième jour ; réapparition des frissons, augmentation de la faiblesse, symptômes de perforation, mort au *trente-sixième jour* de la maladie. — Ulcérations nombreuses de l'iléum ; glandes mésentériques correspondantes volumineuses et violacées; ulcérations de la muqueuse gastrique, etc.

Un jeune homme de vingt-huit ans, occupé, depuis dix mois, dans une campagne aux environs de Paris, de travaux d'agriculture, fut admis le 20 décembre 1824 à l'hôpital de la Charité. D'une taille assez élevée, d'une constitution médiocrement forte, presque toujours bien portant, il accusait trois semaines de maladie. L'affection avait été précédée, pendant un mois, d'une toux peu incommode, et avait débuté par une céphalalgie intense, la perte presque complète de l'appétit, la soif, des frissons suivis de chaleur et de sueur. Ces symptômes avaient persisté, les frissons étaient revenus régulièrement tous les jours, à la même heure, dans la première semaine, puis avaient presque entièrement disparu ; les selles, après avoir été supprimées pendant huit jours, avaient été assez fréquentes et liquides, à compter du 12 décembre ; et le malade assurait avoir rendu un verre de

sang noirâtre, la veille de son admission à l'hôpital. Des coliques avaient précédé le début de la diarrhée. Il n'avait eu ni douleurs à l'épigastre, ni nausées, ni vomissements. —Le malade avait été mis à une diète assez sévère; il ne prenait que de l'eau de riz depuis huit jours, gardait le lit, éprouvait un peu de chaleur et de malaise, depuis quinze. La toux avait un peu diminué.

Le 21 décembre : figure naturelle, intelligence développée, réponses un peu lentes ; ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres; langue naturelle au pourtour, couleur café au lait au centre; anorexie presque complète, soif assez vive, épigastre un peu douloureux par intervalles, depuis vingt-quatre heures ; une seule selle dans la soirée; pouls à soixante-quinze; toux rare, respiration facile, percussion de la poitrine bien sonore; aucune espèce de râle mêlé au bruit respiratoire. Le malade était calme, n'éprouvait qu'un malaise très médiocre. (*Riz éd.; pot. gom.; deux demi-laits de poule.*)

Le soir, de quatre à huit heures, frissons suivis de chaleur, sans sueur. L'accès revint le lendemain et le surlendemain, mais un peu plus tôt, et on ordonna 4 décigrammes de sulfate de quinine à la visite du 24

Ce même jour le frisson manqua. Le 25, les selles, qui avaient été régulières depuis l'admission du malade à l'hôpital, furent très fréquentes, au nombre de quinze environ, et on ordonna l'eau de riz acidulée avec le jus de citron. Le sulfate de quinine fut momentanément suspendu, puis repris pendant deux jours, et définitivement abandonné le 31. Il n'y avait eu que deux évacuations alvines la veille et l'avant-veille, et cependant le malade était très affaissé.

Le 1er janvier, il y eut quelques vomissements de bile et huit à dix selles liquides très petites ; le 2, les traits étaient

un peu affaissés, la parole beaucoup plus lente, le pouls plus accéléré que d'ordinaire, la chaleur médiocre, la toux peu fréquente, les crachats muqueux et rares; le malade souffrait peu. (*Décoct. bl.; demi-julep.*)

Il n'eut que trois selles dans la journée; mais, dans la nuit du 3 au 4, il éprouva *tout à coup* une douleur extrêmement vive à l'hypogastre; cette douleur, qui lui arrachait des cris, conserva la même intensité pendant une heure, et diminua beaucoup ensuite. Le 4, au moment de la visite, elle était fort peu considérable, le ventre était souple, et on pouvait le palper sans incommoder le malade, qui avait néanmoins donné, jusque-là, des preuves d'une sensibilité extrême. Ses traits étaient effilés, ses forces très abattues, sa langue un peu collante, la soif plus vive qu'à l'ordinaire, la respiration plus fréquente, le pouls à cent dix.

Le malade fut assez calme dans la journée; le 5, au matin, sa figure était animée, et, comme tout le reste du corps, couverte de sueur; la langue était très humide, la soif médiocre, les douleurs peu considérables. Il n'y avait pas eu d'évacuations alvines la veille.

Cet état de calme apparent ne fut interrompu que dans la soirée, par quelques vomissements de bile. Un peu plus tard, à dix heures et demie, se sentant très mal, persuadé qu'il n'avait plus que quelques minutes d'existence, le malade dit adieu à ses camarades, et à onze heures il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Ventre un peu météorisé, verdâtre inférieurement : point de vergetures.

Tête. Des granulations blanches, nombreuses, opaques et larges, naissaient de l'arachnoïde, près de la faux. La sub-

stance cérébrale était ferme et peu injectée chacun des ventricules latéraux contenait une petite cuillerée de sérosité; le reste était parfaitement sain.

Cou. Le larynx, l'épiglotte, la trachée-artère et le pharynx étaient dans l'état naturel.

Poitrine. Les poumons étaient unis aux plèvres, dans presque toute leur surface, au moyen d'un tissu cellulaire médiocrement serré; ils avaient l'un et l'autre, à leur sommet, dans la hauteur de 50 millimètres, une fermeté considérable, due au développement d'un assez grand nombre de granulations grises ou blanchâtres, solitaires ou agglomérées, formant des masses plus ou moins considérables, au milieu desquelles se trouvaient quelques tubercules ramollis. Il y avait encore quelques granulations disséminées dans le reste du lobe supérieur. L'inférieur offrait à peine quelques traces d'engouement, et se laissait néanmoins déchirer avec beaucoup de facilité. — Le cœur était petit, ses chairs fermes; l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. On trouva un liquide roussâtre, trouble, fétide, d'une odeur spécifique, dans les flancs et dans le petit bassin; un grand verre de pus bien lié, jaunâtre, entre le rectum et la vessie; des fausses membranes minces et peu consistantes sur le foie, dans les fosses iliaques, et sur une partie de l'intestin grêle; le péritoine sur lequel elles étaient appliquées, d'un rouge vif, dans beaucoup de points. L'œsophage était parfaitement sain. — L'estomac était volumineux; sa membrane muqueuse était jaune, mince, d'une médiocre consistance, dans le grand cul-de sac et à sa face postérieure; rose, mamelonnée, d'une épaisseur et d'une fermeté convenables, ailleurs. Elle offrait, au milieu de ses mamelons, une centaine de petites ulcérations; elle était complétement détruite dans les points correspondants, très friable,

et on ne pouvait l'enlever, par traction, près du pylore, dans la largeur de 40 millimètres. — L'intestin grêle était médiocrement distendu par des gaz, universellement rose, et, dans quelques points, d'un rouge vif à l'extérieur. Il présentait, à 20 centimètres du cœcum, un trou de 2 millimètres de diamètre environ, en partie obstrué par une pellicule jaunâtre encore adhérente à son pourtour, et il contenait une médiocre quantité de bile. Sa membrane muqueuse était un peu ramollie dans le voisinage du cœcum, et saine ailleurs. Les plaques elliptiques des 13 derniers décimètres de l'iléum, au nombre de vingt, étaient ulcérées, et quelques-unes de celles qui les précédaient, un peu roses et boursouflées, dans une partie de leur étendue. Les ulcérations étaient très irrégulières, largement dentelées ; leurs bords, plus ou moins larges ou étroits, formés par la membrane muqueuse épaissie, ramollie, d'une teinte rose très légère, et par le tissu cellulaire sous-muqueux, non moins épaissi, un peu infiltré, d'ailleurs blanchâtre. Inégalement profondes, les unes résultaient de la destruction de la membrane muqueuse seulement ; les autres de la destruction de cette membrane et du tissu sous-muqueux ; en sorte que la tunique musculaire, un peu épaissie et rougeâtre, était à nu. Enfin, cette dernière, dans un cercle de 4 millimètres de diamètre, et le péritoine, dans une largeur un peu moins considérable, étaient détruits, au fond de l'ulcération où se trouvait la perforation. — Le gros intestin contenait une petite quantité de matières fécales, pultacées ou en morceaux ; sa membrane muqueuse était pâle, ramollie, ne donnait, par traction, que des lambeaux de 2 à 4 millimètres, dans son premier sixième ; puis elle devenait successivement plus consistante, et reprenait, dans son dernier quart, la fermeté qui lui est naturelle. — Les glandes mésentériques étaient violacées, volumi-

neuses pour la plupart, surtout dans le voisinage du cœcum. — Le foie avait un volume médiocre, une couleur fauve pâle, uniforme. — La rate était doublée de volume, avait une teinte claire et une consistance à peu près naturelle. — Les autres viscères étaient parfaitement sains.

Si les symptômes éprouvés par le sujet de cette observation ressemblent, par leur peu de gravité, à ceux qui ont été décrits dans les trois précédentes, ils offraient aussi des différences assez remarquables, qu'il importe de signaler. Les frissons ne revinrent pas seulement plusieurs fois dès le début, ils se répétèrent huit jours de suite, à la même heure, après quoi ils cessèrent spontanément, pour se reproduire de nouveau au vingt-cinquième jour de l'affection. Au lieu d'être indolent, le ventre fut un peu douloureux dès le début; la diarrhée se déclara peu après, et, quelquefois suspendue, elle revint à différentes reprises, alternativement légère et forte. La faiblesse fut aussi plus marquée que dans les autres cas d'affection typhoïde latente; de manière que, malgré l'absence de plusieurs des symptômes les plus caractéristiques, il est vrai de dire que la maladie avait suivi assez exactement sa marche la plus ordinaire. Il faut encore remarquer que la veille du jour où le malade fut admis à l'hôpital, il rendit un verre de sang liquide; symptôme extrêmement rare dans le cours de toute autre maladie aiguë que l'affection typhoïde, et qui avait fait soupçonner à M. Chomel le véritable caractère de l'affection. Mais d'autres symptômes caractéristiques n'ayant pas eu lieu, il abandonna cette idée, à laquelle je ne m'arrêtai pas davantage: de manière que je ne reconnus la maladie qu'au moment de la perforation. Jusque-là l'état du malade fut un problème pour moi, et la solution m'en pa-

raissait d'autant plus difficile qu'il y avait une complication pulmonaire, dont la nature était incertaine.

Il faut convenir cependant qu'avec plus d'attention, et en discutant d'une manière rigoureuse les symptômes, j'aurais dû reconnaître la maladie. Sans doute elle avait commencé, jusqu'à un certain point, comme une fièvre quotidienne, les frissons s'étaient renouvelés huit jours de suite régulièrement; mais l'appétit ne revenait pas dans les intervalles, des douleurs de ventre avaient eu lieu peu après le début, la diarrhée avait bientôt suivi : ce n'était réellement ni la marche d'une fièvre intermittente, ni celle de l'entérite. Les symptômes indiquaient néanmoins une affection qui avait son siége dans l'abdomen; la persistance de la diarrhée, quelquefois seulement interrompue, puis l'évacuation du sang par les selles, la diminution des forces, l'inutilité du régime relativement à la marche de la maladie, etc., etc., tout cela aurait dû, malgré le peu d'accélération habituelle du pouls, m'arrêter exclusivement à l'idée de l'affection typhoïde. Ajoutons que les taches roses, lenticulaires, ne furent pas recherchées, que l'abdomen ne fut pas exploré convenablement, qu'il en fut de même de l'état des sens, et que d'un examen plus complet auraient pu jaillir de nouvelles lumières pour le diagnostic.

D'ailleurs, comme dans la précédente observation, il faut nécessairement admettre que l'affection pulmonaire a eu quelque part aux symptômes éprouvés par le malade. Mais le début de l'affection typhoïde a été très tranché, et l'altération des plaques elliptiques de Peyer a été si exactement la même que celle qu'on observe chez les sujets qui succombent à cette maladie, sans complication, qu'il est impossible d'en attribuer la moindre part aux tubercules : en sorte qu'en mettant le fait qui nous occupe parmi les cas

d'affection typhoïde latente, nous le mettons à sa véritable place.

L'observation suivante forme, jusqu'à un certain point, un lien naturel entre les cas dans lesquels la maladie avait la forme la plus latente, et ceux où elle se montrait avec les symptômes les plus caractéristiques.

XLVme OBSERVATION.

Anorexie, diarrhée légère, affaiblissement considérable au début, moindre ensuite ; au seizième jour douleurs à l'épigastre et à l'oreille gauche, surdité légère, puis somnolence, quelques vomissements, et enfin, au *vingt-troisième* jour, altération profonde des traits, douleurs à l'hypogastre, météorisme, mort le *même jour*. — Ulcérations au pharynx, destruction partielle de l'épiglotte; plaques de l'iléum ulcérées, une d'elles perforée ; glandes mésentériques correspondantes, rouges, volumineuses et ramollies, avec des points purulents.

Un menuisier, d'une constitution peu forte, d'une taille moyenne, n'ayant jamais éprouvé d'affection grave, fut admis à l'hôpital de la Charité le 3 novembre 1823. Arrivé à Paris dans la dernière semaine du mois d'août, il était malade depuis quinze jours, et avait presque constamment gardé le lit depuis cette époque.

Au début, au milieu du jour : anorexie, diarrhée légère, sentiment de faiblesse si considérable que le malade ne peut regagner son habitation qu'avec peine: ces symptômes persistèrent ; seulement la faiblesse diminua un peu, à compter du troisième jour. D'ailleurs, point de frissons, de douleurs de ventre, de nausées ou de vomissements; parfois un peu de chaleur et de sueur pendant la nuit.

Le 4 novembre : figure un peu animée, sommeil médiocre et calme, intelligence peu développée, fatigue légère dans les membres, faiblesse assez considérable, bien que

pourtant le malade soit venu à pied à l'hôpital, aidé d'un bras; langue un peu rouge au pourtour, anorexie, soif médiocre, ventre souple, indolent, trois selles liquides ; pouls à quatre-vingt-quatre, chaleur médiocre, un peu de toux, quelques crachats demi-vitrés; attitude convenable. (*Décoct. de riz éd. ; lav. lin; pot. gomm. simple.*)

Le soir : chaleur intense, et, dans la nuit, légères douleurs à l'épigastre, élancements insupportables dans l'oreille gauche, surdité presque complète de ce côté. Le lendemain : même état de l'oreille, pouls un peu plus accéléré que la veille, chaleur naturelle, langue un peu rouge et sèche au centre, toux plus incommode, crachats plus visqueux et un peu louches ; deux selles liquides, moiteur assez considérable pendant la nuit.

Dans la nuit du 5 au 6 : sueur copieuse, nausées, vomissements de bile. Le 6, au matin : même état que la veille, sauf un peu plus d'accélération du pouls (cent), qui était aussi plus étroit.

Il y eut des coliques assez vives pendant la nuit, autour de l'ombilic. Le 7, elles persistaient, la langue était un peu rouge au pourtour, humide et blanchâtre au centre, la soif médiocre, la chaleur assez forte, le pouls médiocrement accéléré, la céphalalgie intense, la physionomie naturelle; une selle liquide. (*Douze sangsues à l'anus.*)

Les douleurs se dissipèrent dans la journée, pour reparaître le lendemain ou le surlendemain. Il y eut trois selles chaque jour, et comme le malade rendit quelques vers lombrics, et qu'il en avait rendu huit jours de suite, une semaine avant de tomber malade, on ordonna 30 grammes d'huile de ricin mêlée à pareille quantité de sirop tartareux, à prendre dans la matinée du 9.

Cette potion n'augmenta pas le nombre des selles et ne fit

pas rendre de vers. Le 10, le pouls était à quatre-vingt-dix, la figure moins naturelle que de coutume, avec l'empreinte d'une sorte d'embarras et de malaise.

Dans la journée : assoupissement fréquent, deux selles, dont une involontaire, avec quelques ascarides lombricoïdes. Au milieu de la nuit, vomissement de bile considérable. Le lendemain : persistance de l'assoupissement, figure peu altérée, faiblesse extrême, réponses brèves, soif vive, épigastre très sensible à la pression, ventre bien conformé; pouls un peu plus accéléré que la veille; respiration un peu haute et fréquente, poitrine sonore dans toute son étendue, un peu de râle crépitant, gros, en arrière, à droite, près de la colonne vertébrale. (*Deux vésic. aux jambes; foment. émoll. sur l'abdomen.*)

On remarqua, dans le cours de la journée, une profonde altération des traits, bien que le malade ne parût pas beaucoup souffrir. Le 12, à l'heure de la visite, sa figure était pâle, encore plus décomposée que la veille; il se plaignait d'une faiblesse extrême, n'accusait pas de grandes douleurs, et néanmoins la région hypogastrique était extrêmement sensible à la pression, et un peu météorisée. Il semblait d'ailleurs très attentif à tout ce qui se passait autour de lui.

Cet état ne changea pas sensiblement dans la journée, et le malade mourut vers sept heures du soir, sans délire, sans râle, et sans qu'on eût remarqué le moment précis où il rendit le dernier soupir.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-SEPT HEURES APRÈS LA MORT.

Etat extérieur. Peau plus dense et plus épaisse dans le points correspondants aux vésicatoires que dans les parties environnantes.

Tête. Gouttelettes de sang très nombreuses à la surface de la dure-mère ; granulations multipliées sur l'arachnoïde cérébrale, près de la faux ; pie-mère très injectée ; substance corticale du cerveau d'un rose tendre et ponctuée de sang, la médullaire très injectée ; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux ; deux cuillerées du même liquide dans les fosses occipitales inférieures. — Les substances corticale et médullaire du cervelet dans le même état que celles du cerveau.

Cou. La luette et les amygdales n'offraient rien de remarquable ; il y avait, du côté droit du pharynx, six ulcérations ovalaires, de 6 à 12 millimètres dans leur grand diamètre, dont une, plus profonde, reposait sur le tissu musculaire, tandis que les autres avaient pour fond la tunique sous-muqueuse. Le bord correspondant de l'épiglotte était détruit, dans la largeur de deux millimètres environ. La membrane muqueuse de la trachée-artère était d'un rouge vif, inférieurement surtout.

Poitrine. Le cœur était un peu moins ferme que dans l'état ordinaire, d'ailleurs sain ; on trouva des concrétions succiniformes dans chacun de ses ventricules. L'aorte était remplie d'un sang noirâtre et violet, d'une blancheur parfaite.— Les poumons étaient libres, légers, un peu rouges antérieurement ; bleuâtres, lourds et flasques en arrière, où ils ne contenaient presque point d'air, et rendaient, par expression, une petite quantité de liquide noirâtre, assez ténu ; offrant à peu près la même résistance à la traction, dans toute leur étendue. — Les bronches contenaient un peu de mucus et étaient d'un rouge livide intense.

Abdomen. Un liquide jaunâtre et roussâtre, trouble, peu abondant, très fétide, existait dans le petit bassin et dans les fosses iliaques. — L'intestin grêle était un peu météorisé ; ses circonvolutions étaient réunies entre elles par quel-

ques fausses membranes très minces. Tout ce qu'on en voyait était rouge, et cette rougeur, qui devenait très vive après l'enlèvement des fausses membranes, appartenait au péritoine, qu'on pouvait détacher, sans le rompre, du tissu sous-jacent. Une légère pression, exercée sur l'intestin grêle, donna issue à quelques bulles d'un gaz, qui, en traversant le liquide épanché, montrèrent le lieu de la perforation de l'iléum, à 30 centimètres du cœcum, au centre d'une des plaques que je décrirai tout à l'heure. L'estomac était doublé de volume ; sa membrane muqueuse, enduite d'un mucus visqueux, d'un gris mêlé de rouge, mamelonnée dans toute son étendue, si ce n'est le long de la petite courbure et près du pylore; très épaissie et très ramollie le long de la grande courbure, non moins ramollie dans le grand cul-de-sac, où il était impossible d'en avoir des lambeaux par traction. — L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de bile et de mucosités. Sa membrane interne était saine, dans la plus grande partie de sa longueur; offrait, dans sa seconde moitié, un assez grand nombre de plaques elliptiques, grisâtres, tiquetées de gris-bleu, comme cela existe ordinairement dans l'état sain. Deux d'entre elles étaient ulcérées, et le tissu cellulaire sous-muqueux correspondant un peu épaissi et d'un rose tendre. Dans le dernier mètre de l'iléum se trouvaient trente autres plaques, de même forme, placées, comme les premières, à l'opposite du mésentère, épaisses de 4 à 6 millimètres et plus dans quelques points; et quelques-unes d'entre elles avaient, dans leur grand diamètre, 72 millimètres. La muqueuse était plus ou moins largement détruite à leur surface, et elles étaient formées par une matière homogène, d'une consistance assez généralement la même que celle des glandes lymphatiques légèrement enflammées, jaunâtre ou d'un

rose tendre, assez ferme au centre, plus ou moins friable à leur pourtour, de manière qu'on la séparait sans peine, dansce point, des parties environnantes. Cette matière, plus ou moins profondément sillonnée, suivant le petit diamètre de quelques plaques, envahissait, dans plusieurs points, la tunique musculaire, de laquelle on la séparait toujours difficilement: elle était intacte sur la moitié des plaques, plus ou moins largement et profondément détruite sur les autres; et cette destruction était complète sur celle où se trouvait la perforation. Celle-ci avait 3 millimètres de diamètre, et des bords très minces, formés par le péritoine et la tunique musculaire mise à nu, dans la largeur de 2 millimètres. Cette tunique était plus ou moins épaissie dans les points correspondants aux autres plaques; il en était de même du tissu cellulaire, à leur pourtour, dans la largeur de 12 à 25 millimètres; tandis que la membrane muqueuse était plus ou moins rouge, très ramollie et un peu épaissie, dans leur intervalle. — Les glandes mésentériques, correspondantes au dernier tiers de l'intestin grêle, étaient volumineuses, plus ou moins rouges et friables; et, au centre de quelques-unes d'entre elles, se trouvait un peu de pus.— La membrane muqueuse du gros intestin était rose dans quelques points, et généralement un peu ramollie et épaissie. Le foie était plus volumineux, plus rouge, plus gorgé de sang, plus friable que dans l'état naturel; la bile de la vésicule était rousse, claire et assez abondante. — La rate était haute de 15 centimètres, large de 14, épaisse de 6, bleuâtre à l'extérieur, rouge clair à l'intérieur, et un peu ramollie. — Les autres viscères de l'abdomen étaient sains.

On ne saurait assurément faire remonter la perforation

au-delà de l'époque à laquelle on remarqua une profonde altération des traits, c'est-à-dire avant les vingt-quatre dernières heures de l'existence du malade ; de manière que les symptômes observés antérieurement doivent être attribués aux autres lésions. Bien que peu proportionnés à l'état de l'intestin grêle, plusieurs de ces symptômes pouvaient, au début, à la fin, ou dans le cours de la maladie, indiquer son véritable caractère. Au début, c'était une faiblesse remarquable, dont ne pouvait rendre compte la diarrhée ; le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital, un commencement de surdité ; et, un peu plus tard, l'assoupissement et l'altération des traits. Si à cette dernière époque on ne pouvait guère admettre qu'une affection typhoïde, on devait encore en soupçonner l'existence, peu après son début. Car si la diarrhée ne rendait pas compte de la faiblesse qui avait lieu alors, elle indiquait le siége de l'affection, et celle-ci ne paraissant pas être une entérite proprement dite, on devait penser à l'affection typhoïde ; avec d'autant plus de raison qu'il n'était pas possible non plus, à l'époque dont il s'agit, d'attribuer l'affaiblissement à une maladie de la membrane muqueuse de l'estomac, dont les symptômes ne se développèrent que beaucoup plus tard.

Les plaques dures ou molles de l'iléum étaient d'ailleurs fort remarquables : les plaques molles, en ce que le tissu cellulaire qui entre dans leur composition était plus altéré que la membrane qui le recouvre ; ce qui semble indiquer, comme je l'ai dit antérieurement, que l'altération de ce tissu est peut-être primitive, dans certains cas : les plaques dures, en ce que le tissu cellulaire environnant était fort épaissi, dans la largeur de 25 à 40 millimètres, épaississement qu'on ne pouvait regarder que comme consécutif à l'altération plus profonde de celui qui concourait à la formation des plaques.

Cependant, il faut le dire, à cette époque comme plus tard, le nombre des symptômes observés était trop peu considérable pour qu'on pût porter un diagnostic certain : on ne rechercha ni les taches roses, lenticulaires, ni les *sudamina*, ni l'état de la rate ; en un mot, l'observation fut recueillie incomplétement ; et l'affection, qui fut latente alors, et qui mérite encore ce nom par la bénignité des symptômes, aurait sans doute été reconnue, si le malade eût été observé avec plus de soin.

Il faut encore remarquer que l'état, en quelque sorte latent, des plaques de Peyer, ne fut pas le seul ; qu'il en fut de même des ulcérations du pharynx et de la destruction partielle de l'épiglotte, qui ne donnèrent lieu à aucun symptôme capable d'en révéler l'existence.

A part un fait qui a la plus grande analogie avec les cinq observations qui viennent d'être exposées, celles-ci sont les seules de cette espèce que j'aie recueillies ; et bien que les réflexions déjà faites à leur sujet me laissent peu de chose à dire sur leur ensemble, il ne sera pas inutile de revenir rapidement *sur les trois premières*, qui offrent entre elles beaucoup de similitude, par le peu de gravité des symptômes, autant que par le caractère des lésions.

Relativement aux symptômes, les malades éprouvèrent, dès le début, des frissons, des maux de tête, une soif plus ou moins vive, une diminution plus ou moins considérable de l'appétit ; les frissons se renouvelèrent irrégulièrement un certain nombre de fois, la chaleur et la soif furent très médiocres, la diminution ou la perte de l'appétit continuèrent au même degré, l'affaiblissement fut peu considérable, jusqu'au moment de la perforation ; il n'y eut ni douleurs de ventre, ni diarrhée, dans toute ou presque toute la durée de l'affec-

tion. Loin de là, les selles furent rares, de manière qu'aucun symptôme n'indiquait directement la nature ou le siége de la maladie, et que dans l'absence de beaucoup de symptômes qui n'ont pas été recueillis, et qui peut-être n'existaient pas, on ne pouvait arriver au diagnostic que par voie d'exclusion. Rien ne portait à soupçonner une affection de l'encéphale ou de la poitrine ; et, parmi celles de l'abdomen, on ne pouvait, comme je l'ai dit, penser à l'embarras gastrique, ni à l'embarras intestinal, ni à la gastrite, dont il n'y avait aucun symptôme caractéristique ; ni à une maladie du foie ou des reins, ni à l'entérite proprement dite ; cette maladie ne pouvant être soupçonnée là où il n'y a ni selles nombreuses et liquides, ni douleurs de ventre. Et comme les sujets qui nous occupent étaient, par leur âge et les circonstances au milieu desquelles ils se trouvaient, du nombre de ceux qui sont les plus exposés à l'affection typhoïde, on arrivait ainsi, par voie d'exclusion, au diagnostic de cette maladie.

Je ne prétends pas néanmoins qu'il soit possible, dans l'absence des symptômes que je vais rappeler, d'établir, d'une manière positive, l'existence de l'affection typhoïde ; car un pareil degré de certitude, dans la méthode d'exclusion, supposerait dans la pathologie une perfection qu'elle est loin d'avoir, et aussi que l'état latent n'a lieu, dans les maladies aiguës, que chez les sujets atteints d'affection typhoïde ; ce qui n'est pas. Ce que je veux dire seulement, c'est que dans des cas analogues à ceux dont il s'agit, tous les soupçons devraient se diriger vers cette dernière affection. Mais qu'aux symptômes indiqués se joignent quelques taches roses, lenticulaires, une évacuation de sang par les selles, la surdité, des éblouissements ou une faiblesse marquée, dès le début, comme dans les deux dernières observations, le diagnostic

devient beaucoup plus positif, et l'on peut, comme on l'a vu plus haut, indépendamment d'une prostration extrême, du météorisme et des symptômes cérébraux, attester l'existence de l'affection typhoïde. — L'examen des fonctions des organes des sens et celui de la surface du corps, sont donc d'une grande importance dans les maladies aiguës dont le diagnostic offre de l'obscurité. Il n'est pas moins nécessaire alors d'explorer avec soin la région de la rate, et si on ne la sentait pas à travers les parois de l'abdomen, de percuter méthodiquement la poitrine, puisque l'augmentation du volume de la rate a lieu, comme nous avons vu, dans presque tous les cas où les plaques elliptiques de Peyer sont altérées.

On se rappelle d'ailleurs que dans un grand nombre de cas où les symptômes de l'affection typhoïde ont été très prononcés, à une époque plus ou moins éloignée du début, ils n'ont été, pendant une ou plusieurs semaines, ni plus graves, ni plus caractéristiques que chez les sujets dont il s'agit; de manière que la différence la plus réelle qui existe entre ces deux formes d'une même affection, c'est que dans l'une les caractères négatifs de la maladie se prolongent, restent à peu près les mêmes dans tout son cours, tandis qu'à une certaine époque de l'autre, ils font place aux symptômes les plus graves et les plus caractéristiques.

Mais la bénignité des symptômes observés, qui est si remarquable à raison de la terminaison fâcheuse de la maladie, est, jusqu'à un certain point, facile à concevoir; vu que dans deux des trois cas dont il s'agit spécialement ici, le nombre des plaques altérées était peu considérable; que dans tous trois, leur pâleur, qui ne pouvait être attribuée à une marche rétrograde, indiquait, comme il a été observé, que l'inflammation n'avait eu que la moindre part à leur altération, à l'ulcération en particulier. — En admettant que le traite-

ment antiphlogistique soit généralement approprié à l'affection typhoïde, que pourrait-il dans des cas analogues à ceux dont il s'agit?

Si ces conclusions sont rigoureuses, c'est une nouvelle preuve que dans la description des lésions aucun détail n'est à négliger, puisque se borner ici à indiquer le nombre et la grandeur des ulcérations n'eût pas suffi.

Toutefois, les faits qui précèdent n'auraient qu'une médiocre valeur, si l'on n'y voyait que la preuve de la difficulté du diagnostic et le moyen d'y parvenir, dans certains cas. Leur grande importance consiste, ce me semble, en ce qu'ils doivent faire naître, comme je l'ai indiqué, des doutes légitimes sur toutes les affections fébriles sans siége déterminé, qu'on appelle *générales*, et mettre, par conséquent, sur la voie des problèmes dont il nous importe le plus d'avoir la solution. Quoi de plus semblable, en effet, à une fièvre continue, légère, que l'une ou l'autre des trois observations qui nous occupent? Et, à supposer que, dans ces cas, la terminaison de la maladie eût été heureuse, que les ulcérations, au lieu de gagner continuellement en profondeur, se fussent cicatrisées; quel médecin aurait dit que l'individu malade avait éprouvé une affection typhoïde? que chez lui les plaques elliptiques de l'intestin grêle avaient subi une certaine altération? Je ne veux pas conclure de ces faits que toutes les maladies fébriles, sans siége déterminé jusqu'ici, qui atteignent des sujets jeunes et placés dans les conditions les plus favorables au développement de l'affection typhoïde, ne sont autre chose que cette maladie; car il s'agit ici, non de ce qu'on appelle conclusions hardies, mais de conclusions rigoureuses; et celles-ci ne peuvent résulter que d'une masse de faits supérieure à celle que j'ai recueillie relativement à l'objet en question. Mes remarques tendent seule-

ment à fixer l'attention des médecins sur une série de faits qu'il importe beaucoup d'éclairer.

Le nombre de ces maladies fébriles, sans siége déterminé ou sans lésions locales, devient, d'ailleurs, chaque jour plus restreint ; et tel fait qu'on a d'abord placé parmi les affections de ce genre, est mis ailleurs, si on l'examine avec plus d'attention : au moins est-ce ce qui m'est arrivé. J'avais d'abord réuni, sous le titre de fièvres simples, vingt-quatre des observations que j'ai recueillies ; mais, en les examinant avec soin, il ne m'en est resté que six, que je n'ai pu ranger sous un autre titre. Ces six observations étaient-elles autant d'exemples de l'affection typhoïde ? Les autres étaient évidemment ou une entérite proprement dite, ou un catarrhe pulmonaire peu intense, accompagné d'un léger mouvement fébrile, ou une angine dans laquelle les symptômes locaux avaient été devancés, pendant vingt-quatre heures, par des symptômes généraux (1).

Enfin, les faits contenus dans cet article confirment entièrement ce qui a déjà été dit, au commencement de ce chapitre, que *l'affection typhoïde est distincte des autres maladies aiguës, et en particulier de l'entérite proprement dite, bien moins par la gravité, que par le nombre et la variété des symptômes.*

Je vais passer maintenant à un ordre de faits différents, opposés, à certains égards, à ceux dont je viens de donner

(1) J'ai donné, dans mon Mémoire sur les morts subites, l'histoire d'un malade qui offrait trois petites ulcérations dans l'intestin grêle (page 472), et à l'occasion duquel je disais que si l'on pouvait conclure quelque chose d'un fait isolé, on serait porté à croire que les fièvres continues, bénignes, sont ordinairement accompagnées de quelques ulcérations de l'intestin grêle et de l'inflammation des glandes mésentériques. Ce cas était effectivement un exemple d'affection typhoïde.

l'histoire. Il y aura bien encore de la disproportion entre les lésions et les symptômes observés; mais tandis que ceux-ci étaient fort légers, dans les précédentes observations, ils seront violents chez les sujets dont nous allons nous occuper, et l'altération des plaques elliptiques peu considérable, au contraire; en sorte qu'on pourrait se demander, au premier aperçu, si c'était toujours la même affection.

ARTICLE III.

Affections typhoïdes dont le caractère anatomique pouvait paraître douteux au premier abord.

XLVIe OBSERVATION.

Frissons, chaleur, anorexie, céphalalgie intense; bientôt, délire, cris violents, somnolence, puis raideur tétanique des muscles; douleurs de ventre au quatrième jour, plus tard météorisme, diarrhée légère; mort au *dix-neuvième jour*. — Infiltration purulente autour du pharynx, quelques plaques de l'iléum ulcérées; glandes mésentériques volumineuses, rouges et ramollies.

Une bonne d'enfants, âgée de dix-huit ans, non encore réglée, à Paris depuis près de vingt mois, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 3 février 1826, se disant malade depuis sept jours. Au début : céphalalgie, étourdissements, douleurs dans les membres, frissons et tremblements, bientôt suivis de chaleur; soif, anorexie, nausées. Les étourdissements et les nausées cessèrent au troisième jour, des douleurs de ventre eurent lieu ensuite, la chaleur fut élevée, les frissons ne revinrent pas. Il n'y eut de selles que par lavements; et, pendant les trois premiers jours de mars, la malade eut du délire pendant la nuit.— Elle fut mise à une diète sévère, et on lui appliqua des sangsues à la tempe gauche, du côté où la céphalalgie se faisait le plus sentir, la veille de son entrée à l'hôpital.

Le 4 : figure violacée, mouvements difficiles, décubitus varié, céphalalgie, mémoire sûre, réponses justes et promptes, point d'étourdissements, soif vive, anorexie, ventre météorisé, douloureux, immédiatement au-dessus de l'ombilic surtout; constipation ; pouls régulier, un peu étroit, à quatre-vingt-douze; chaleur médiocre, respiration peu fréquente, parfois entremêlée de soupirs; râle sec et sonore du côté droit; de temps à autre, cris ou babil insupportable, que les menaces ne suspendent que momentanément, et qui ont troublé le sommeil des autres malades pendant la nuit. (*Saignée de 40 grammes; petit-lait tamar.; limon.* bis; *fomentat. sur l'abdomen; lav. ém.*).

La nuit fut agitée. Le 5, les réponses étaient un peu moins promptes que la veille, la malade paraissait un peu abattue, sa physionomie était naturelle, sa langue humide et sans rougeur; les douleurs de ventre persistaient; il y avait des soupirs fréquents, une tache rose, lenticulaire, sur l'abdomen. — Le caillot n'offrait ni couenne ni retrait, et il était recouvert d'une petite couche de sérosité. (*Vésic. aux jamb.*).

La céphalalgie fut intense, l'état des facultés intellectuelles assez convenable; le délire très bruyant, plus encore qu'à l'ordinaire, pendant la nuit. Le 6, la figure était un peu violacée, il y avait de l'abattement, la malade tenait sa tête appliquée dans l'une des mains, comme dans la céphalalgie la plus intense; elle poussait des cris continuels, qui ne finirent que long-temps après la visite, comme par épuisement; plusieurs taches lenticulaires existaient sur l'abdomen; les autres symptômes comme la veille. (*Limon.; infus. kina; fomentat. arom.; lav. camom. camphré; vésic. à la nuque.*)

Il y eut quelques selles involontaires dans la journée, et un peu moins de délire pendant la nuit. Le 7, la figure était

pâle, comme après une grande perte de sang, la parole presque inintelligible; la malade jouissait, en partie, de son intelligence, rougissait et voulait s'opposer à l'exploration du ventre, qui était parfaitement bien conformé; sa langue était sèche et souvent mal tirée; elle ne buvait que le tiers environ de l'infusion amère, la respiration et la circulation étaient comme à l'ordinaire. (*Frict. av. le vin arom.; pot. avec eau de menthe* 60 *grammes, eau de fl. d'oranger* 60 *grammes, et sulfate de k.* 19 *grammes*).

Jusqu'au 15, jour de la mort, les symptômes devinrent successivement plus graves, le délire et l'assoupissement furent continuels, les cris ne cessèrent pas durant la nuit du 7 au 12; il n'y eut, momentanément, un peu de calme, le 9, que pendant le bain; le cou et le bras gauche étaient très raides, le 11; les membres supérieurs et inférieurs le furent, à peu près sans interruption, du 12 au 15.

La langue, ordinairement sèche, fut jaune et humide le 10; il y eut deux ou trois selles involontaires dans la journée. Le pouls, assez large et à cent, le 8, devint plus accéléré ensuite; et, le 12, on observait une excoriation au sacrum.

Le 15, au matin, la tête était inclinée à gauche, la raideur tétanique universelle, et elle persista jusqu'au moment de la mort, à neuf heures du soir.

Les bains donnés les 8 et 9, n'ayant produit qu'un soulagement momentané, ne furent pas continués.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-CINQ HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement assez considérable : raideur extrême du bras gauche, resté dans la flexion; destruction presque complète de la peau, dans les points où étaient les vésicatoires, et au sacrum, dans la largeur de 6 millimètres

seulement. Muscles non poisseux, d'une belle couleur.

Tête. Quelques granulations nées de l'arachnoïde, près de la faux, en arrière : point d'infiltration sous-arachnoïdienne ; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, pas la moindre quantité du même liquide dans les fosses occipitales. — Tout le cerveau et le cervelet parfaitement sains, non injectés.

Rachis. Une cuillerée et demie de sérosité au bas du rachis ; moelle épinière dans l'état normal, dans toute sa longueur.

Cou. Le tissu cellulaire qui environne le pharynx, si ce n'est dans une petite portion du côté droit, était infiltré de pus, et cette infiltration, sèche pour ainsi dire, se prolongeait dans la partie supérieure du médiastin antérieur, où l'on ne voyait plus qu'une sérosité trouble. Les muscles du pharynx, au contraire, étaient infiltrés du côté droit seulement, où ils avaient de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère étaient dans l'état naturel.

Poitrine. Un caillot fibrineux, médiocrement infiltré, existait dans les ventricules du cœur. Les parois de celui-ci et l'aorte étaient parfaitement saines. — Il n'y avait nul épanchement dans les plèvres. Le poumon gauche était dans l'état normal, à part de faibles traces d'engouement. Des adhérences celluleuses, partielles, unissaient la plèvre et le poumon droit, qui était splénisé, brunâtre, ferme et lourd en arrière, où il contenait un peu de fluide, qu'on en exprimait difficilement.

Abdomen. L'œsophage était sain, l'estomac petit. Sa membrane muqueuse était grisâtre et tachée de rouge, presque uniformément, si ce n'est le long de la petite courbure, dans la largeur de 4 millimètres ; mamelonnée le long de la grande courbure, dans une largeur triple ; d'une épaisseur

et d'une consistance naturelles dans toute son étendue, excepté dans le grand cul-de-sac où cette consistance était augmentée. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus. Sa membrane interne était blanchâtre et grisâtre, dans quelques parties seulement; d'une consistance et d'une épaisseur convenables, si ce n'est dans la longueur de 65 centimètres, en deux points de son étendue, où le tissu cellulaire était infiltré. Dans son dernier cinquième se trouvaient, en assez grand nombre, des plaques elliptiques, un peu plus épaisses seulement que dans l'état naturel, piquées de gris, sans rougeur, offrant de petites ulcérations, solitaires ou réunies, au nombre de trois à quatre sur une même plaque, où la membrane musculaire était à nu. La première de ces plaques qui, contre l'ordinaire, était la plus grande, avait 80 millimètres de longueur, offrait l'ulcération la plus étendue (11 millimètres de diamètre), et les bords de celle-ci étaient decollés dans la largeur de 2 millimètres. — Le rectum contenait une petite quantité de matières fécales pultacées; sa membrane muqueuse était un peu rouge et ramollie, à la partie supérieure, d'une consistance et d'une couleur naturelles dans le reste de son étendue, à part le cœcum, où elle était un peu cassante. — Les glandes mésentériques étaient très rouges, très ramollies, de la grosseur d'une aveline, offraient un grand nombre de points jaunâtres dans le voisinage du cœcum. — Le foie était sain, la bile de la vésicule, roussâtre et très liquide, peu abondante; la rate doublée de volume, d'une bonne consistance. — La substance corticale des reins était plus rouge que d'ordinaire.

La disproportion entre les symptômes et les lésions est assurément considérable, et il ne faut rien moins que la con-

naissance exacte d'un grand nombre de faits pour ranger celui-ci à sa véritable place. Au début, la malade éprouve un mouvement fébrile très prononcé, une céphalalgie intense; au quatrième jour, des douleurs de ventre et du délire pendant la nuit. Ces symptômes continuent. Au huitième jour, le délire et la somnolence sont fort considérables, il y a des cris, une agitation extrême pendant la nuit, et bientôt une raideur tétanique s'ajoute aux premiers accidents : le météorisme et la diarrhée sont peu considérables, n'ont lieu que dans la seconde moitié de l'affection; et, à l'ouverture du cadavre, on trouve, pour toute lésion, ou à très peu près, une infiltration de pus derrière le pharynx, quelques petites ulcérations sur les plaques elliptiques de l'iléum, un ramollissement léger de la membrane muqueuse du rectum, et les traces d'une inflammation assez violente des glandes du mésentère. C'est-à-dire que d'un côté on observe plusieurs des symptômes les plus formidables et les plus caractéristiques de l'affection typhoïde, et, de l'autre, des lésions fort légères des glandes agminées de l'iléum.

Toutefois, des deux principales altérations, l'infiltration de pus autour du pharynx et les ulcérations de l'intestin grêle, la première était la plus récente, et son état latent suffirait pour prouver qu'elle a débuté au milieu du délire. Mais les ulcérations de l'intestin grêle étaient profondes, reposaient sur la tunique musculaire; les bords de l'une d'elles étaient décollés; les premiers symptômes éprouvés par le malade étaient ceux de l'affection typhoïde, dans les cas où leur relation avec la lésion des plaques elliptiques de l'iléum est évidente; les douleurs de ventre eurent lieu au quatrième jour de la maladie ; de manière que tout indique que l'altération qui nous occupe débuta avec les premiers symptômes.

Sans doute la maladie a suivi la marche que vous indiquez ; mais cette disproportion entre les symptômes et les lésions, vous ne l'expliquez pas, dira-t-on. Quand on m'aura expliqué comment des lésions extrêmement graves ne donnent lieu qu'à de légers symptômes, je répondrai à la question inverse, qu'on peut faire dans beaucoup d'affections différentes de celle dont il s'agit. Jusque-là je me bornerai à constater les faits, en tâchant de les mettre à leur véritable place. Il est d'ailleurs très digne de remarque que, malgré la petitesse des ulcérations de l'iléum et le peu de développement de ses plaques, les glandes mésentériques correspondantes étaient aussi rouges, aussi volumineuses et molles que dans les cas où les ulcérations sont très larges, l'inflammation des plaques elliptiques très marquée.

Quant aux causes de la mort, si on les trouve, en partie, dans l'inflammation du tissu cellulaire placé autour du pharynx, il convient surtout de les chercher dans le trouble des fonctions cérébrales, par les raisons indiquées plus haut (p. 171).

XLVIIe OBSERVATION.

Délire, symptômes spasmodiques pendant presque toute la durée de l'affection ; diarrhée au quatrième jour, évacuation de sang aux vingt-sixième et vingt-septième, météorisme, *sudamina* ; mort au *cinquantième jour*.— Ulcérations dans l'un et l'autre intestin, destruction de la peau dans les points correspondants aux vésicatoires ; glandes mésentériques bleuâtres et volumineuses.

Une fille de quinze ans, d'une constitution peu forte, maigre, d'une taille assez élevée, fut conduite à l'hôpital de la Charité le 6 juillet 1823, alors malade depuis huit jours. Très sujette aux convulsions depuis l'âge de cinq ans, elle

avait eu des maladies graves après cette époque, et elle était depuis dix-sept mois à Paris, où elle avait été assez durement traitée, pendant quelque temps. Bien que mangeant et travaillant comme de coutume, dans les quinze jours qui précédèrent le développement des premiers symptômes fébriles, elle éprouvait, alors, par intervalles, des mouvements spasmodiques dans les bras. Elle avait eu au début, après avoir été vivement réprimandée, la veille, par son père, des frissons, des mouvements convulsifs du côté droit du corps, et du délire pendant la nuit. Ces symptômes, avec des rémissions ou des intermittences plus ou moins considérables, avaient continué ; la chaleur et la soif avaient été très marquées, la diarrhée avait eu lieu au quatrième jour ; et la nuit du sixième au septième avait été très agitée.

Le 7 : figure pâle, alternativement souffrante, ennuyée ou distraite ; soubresauts dans les tendons, mouvements variés de la tête à droite et à gauche ; la malade ignore où elle est, semble y penser quand on le lui demande, puis en reste là. Elle parle assez souvent de son père et de sa maîtresse. Comme elle ne répond pas aux questions relatives à l'état de la soif, on essaie de la faire boire, on approche un vase de ses lèvres, on verse de la tisane dans sa bouche, sans qu'elle s'y oppose ; mais elle ne fait aucun effort de déglutition, et le liquide sort ; sa langue est naturelle, son ventre légèrement météorisé, sensible à la pression, l'urine fréquente, la respiration inégale, suspirieuse, non accélérée, la chaleur médiocrement élevée, le pouls à cent seize. (*Émuls. ; lav. de lin* bis ; *bain ; sinap. aux memb. inf.*)

Il y eut deux selles dans la journée et beaucoup d'agitation pendant la nuit. Le 8, les mouvements spasmodiques et l'intelligence étaient dans le même état que la veille, le père de la malade était auprès d'elle et en obtenait, avec peine,

quelques monosyllabes ; sa langue offrait une légère ulcération à gauche, était, d'ailleurs, dans l'état naturel; elle essayait en vain de boire, disait en être empêchée par des douleurs de gorge, et les amygdales et le pharynx étaient dans l'état naturel ; le ventre était un peu douloureux, le pouls à cent treize, la chaleur élevée, brûlante même. (*Lav. de camom. avec assa-fœtida* 15 *décigrammes; pot. gom. av. musc.* 5 *décigr.*)

Le délire et l'agitation du poignet droit continuèrent le jour et la nuit; on fut même obligé de maintenir la malade au moyen d'un drap placé transversalement et assujetti des deux côtés du lit. Le 9, la figure était alternativement rouge et pâle, le délire persistait ; la malade, qui s'était beaucoup entretenue de religion, la veille, en parlait encore, demandait si elle n'aurait pas commis quelque crime, et, parfois, elle se mettait sans motif à son séant. Elle avait eu deux selles à la suite de lavements. (*Id.*; *bain* bis.)

Le délire resta le même tout le jour ; le lendemain, la figure offrait l'image d'un profond accablement et d'une tristesse non moins profonde ; les yeux avaient quelquefois une expression tendre, les soupirs étaient fréquents : nul autre changement.

Dès lors jusqu'au jour de la mort, le 14 août, pendant l'espace d'un mois, voici ce qui eut lieu :

Le délire persista, si ce n'est les 16 et 17 juillet, et il fut souvent accompagné de cris pendant la nuit, dans les vingt derniers jours. Interrogée sur son état, la malade disait, ordinairement, souffrir un peu moins que la veille, et, après en avoir obtenu quelques réponses, elle demandait, si l'interrogatoire se prolongeait, du temps pour pouvoir répondre ; semblait, comme à son arrivée, chercher cette réponse, et cessai promptement de s'en occuper. Elle eut des mouvements con-

vulsifs accompagnés de perte de connaissance, dans la nuit du 14 au 15 juillet, comme elle en avait déjà eu le 10, au milieu du bain, au moment où une de ses parentes la quittait. Sa figure eut presque constamment l'empreinte d'une profonde tristesse; ses traits étaient écoulés, le 9 août. Les mouvements spasmodiques du poignet droit ne persistèrent pas au-delà du 12 juillet, le bras du même côté était raide les 13 et 14 ; il fut momentanément paralysé, le 17 ; et du 19 au 27 le bras gauche fut presque toujours spasmodiquement contracté. Il y eut, à partir du 19, un écoulement puriforme par l'oreille gauche, qui persista jusque dans les derniers jours.

La langue fut toujours humide, naturelle au pourtour, rarement jaunâtre au centre, et il y eut une sorte de salivation du 18 juillet au 2 août. La soif fut très médiocre, la déglutition rarement gênée, l'épigastre et le reste de l'abdomen furent sensibles à la pression, du 12 au 22 juillet; il y eut des coliques du 18 au 22, quatre selles pultacées, couleur chocolat, ce dernier jour, et cinq le lendemain, presque entièrement composées de caillots de sang, lesquels furent évalués à plus de 300 grammes. La diarrhée fut peu considérable dans la suite, et il y eut, par intervalles, des selles moulées. L'altération des traits était profonde du 22 au 27 juillet.

Ordinairement petit et faible, le pouls fut constamment régulier, de cent dix à cent vingt-quatre, du 14 juillet au 6 août. — Le 27 juillet, j'observai de nombreux *sudamina* au tronc et aux membres. — Il n'y eut de toux à aucune époque, et la respiration cessa promptement d'être suspirieuse.

On prescrivit des bains jusqu'au 19 juillet, on mit quatre sangsues à la vulve, le 12 ; on donna, le 16, 30 grammes d'huile de ricin, dans la crainte que quelques-uns des accidents spasmodiques ne fussent en partie causés par des vers ;

et ce purgatif procura quatre évacuations, sans vers. Les demi-lavememts de lin et les boissons adoucissantes furent continués ; on donna un peu de bouillon coupé, à partir du 25 juillet, et, dans les dix derniers jours, une solution de sirop de gomme avec un cinquième ou un quart de vin. — Un vésicatoire fut appliqué le 22 juillet ; on ne continua l'usage de l'assa-fœtida que jusqu'au 11.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Dernier degré de marasme. Destruction de la peau sur laquelle avait été appliqué le vésicatoire de la cuisse gauche ; amincissement considérable de celle du côté opposé, dans le point correspondant.

Tête. Injection de la pie-mère de la partie supérieure du cerveau, du côté droit ; infiltration sous-arachnoïdienne partielle et légère ; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux ; substance cérébrale un peu plus ferme que de coutume, à droite surtout. Le cervelet et la protubérance annulaire proportionnément aussi fermes que le cerveau.

Cou. Le larynx, l'épiglotte et la trachée-artère parfaitement sains.

Poitrine. Parois du ventricule gauche du cœur épaisses de 13 millimètres au moins, d'ailleurs dans l'état naturel. Aorte blanche et contenant une petite quantité de sang. — Poumons libres, légers, sans le moindre engouement, roses extérieurement et intérieurement ; divisés en lobules pyramidaux, dont le sommet était tourné en dedans et la base en dehors. Celle-ci avait environ 3 centimètres de surface, était séparée des bases voisines par un emphysème de la largeur d'un millimètre, qui diminuait en approchant du sommet de la pyramide où il finissait.

Abdomen. L'œsophage était sain. — L'estomac était légèrement distendu par des gaz ; sa membrane muqueuse, généralement grisâtre, rugueuse et inégale, sans être mamelonnée, d'une épaisseur et d'une consistance convenables. — L'intestin grêle contenait un liquide jaune clair dans sa première moitié, trouble et brunâtre dans la seconde ; et il offrait, dans ses deux derniers tiers, un grand nombre de plaques elliptiques, d'autant plus pointillées de gris qu'on s'approchait davantage du cœcum, près duquel cinq d'entre elles avaient une couleur gris bleu foncé, étaient ulcérées dans plusieurs points. Les ulcérations, larges de 4 millimètres environ, offraient la tunique musculaire à nu, et leur pourtour, plus ou moins saillant dans quelques points, était affaissé dans d'autres ; ce qui annonçait une tendance à la cicatrisation. La membrane muqueuse de l'iléum était ramollie dans toute son étendue. — Le gros intestin avait un médiocre volume et une teinte grise à l'intérieur, qui s'affaiblissait du cœcum à l'anus. Des ulcérations transversales, de 30 à 100 millimètres de surface, existaient dans le cœcum ; la membrane muqueuse était un peu saillante à leur pourtour, et une lame mince de tissu cellulaire en formait le fond. On en trouvait d'autres bien moins considérables dans le colon droit, dans l'S du gauche ; il y en avait deux dans le rectum, à 50 millimètres de l'anus, de 8 à 10 millimètres de diamètre. La muqueuse était ramollie dans toute la longueur de l'organe, n'avait que la consistance du mucus dans sa seconde moitié, était d'un rouge vif dans le rectum, blanche ailleurs, et grisâtre au pourtour des ulcérations, dans la largeur de 4 à 6 millimètres. — Les glandes mésentériques avaient une couleur bleuâtre, un volume triple au moins de celui qui leur est naturel. Les mésocolites étaient d'une couleur ana-

logue, et du volume d'un pois de moyenne grosseur. — Le foie avait une teinte rose fauve, était d'ailleurs sain. La vésicule le dépassait de 50 millimètres, et elle contenait une grande quantité de bile médiocrement épaisse, verdâtre et trouble. — La rate était dans l'état naturel. — Les autres viscères étaient sains.

Si les accidents nerveux étaient prononcés, si l'altération des plaques elliptiques de l'iléum était peu considérable, dans la précédente observation, il en était de même dans celle-ci, où les symptômes nerveux dominaient tous les autres, au point de les masquer pour ainsi dire; en sorte qu'on pouvait, au premier abord, ne pas les distinguer nettement, ou se demander s'ils avaient la même cause que dans les autres cas d'affection typhoïde: questions auxquelles il est facile de répondre affirmativement, par l'examen des faits indiqués.

En effet, après avoir éprouvé, pendant quinze jours, quelques mouvements spasmodiques, sans autre altération appréciable des fonctions, la malade est prise de frissons, de délire; les mouvements spasmodiques sont plus marqués; le délire, dont la forme et l'objet présentent quelques variétés, dure presque sans interruption jusqu'à la mort, ou pendant cinquante jours, est ordinairement calme, quelquefois accompagné de cris; les mouvements spasmodiques du côté droit, qui ont débuté avec le délire, l'accompagnent, puis on en observe à gauche. Au quatrième jour de l'affection, la diarrhée survient; au huitième, le ventre est douloureux et météorisé; aux vingt-sixième et vingt-septième, les selles sont brunes, couleur chocolat, ou composées de caillots de sang: de nombreux *sudamina* se manifestent à peu près dans le même temps; et à l'ouverture du cadavre on trouve

la peau correspondante à l'un des vésicatoires entièrement détruite, la substance cérébrale un peu plus ferme qu'à l'ordinaire, à droite surtout; plusieurs plaques elliptiques de l'iléum d'un gris bleuâtre, ulcérées; le pourtour des ulcérations affaissé dans plusieurs points, la muqueuse de l'intestin grêle ramollie dans une étendue considérable, celle du gros intestin dans toute sa longueur, et offrant beaucoup d'ulcérations.

Ainsi, plusieurs des symptômes les plus caractéristiques de l'affection typhoïde, le météorisme, les selles brunes ou composées de caillots de sang, les *sudamina*, la destruction de la peau, dans les points correspondants aux vésicatoires, avaient eu lieu; reste à montrer qu'ils étaient liés aux mêmes altérations que dans les cas les plus ordinaires.

Les lésions les plus graves, les seules faciles à apprécier, étant celles du canal intestinal, à elles seules doivent être attribués les symptômes qui viennent d'être rappelés; et les altérations de l'iléum étant les plus anciennes, c'est à l'intestin grêle qu'il faut, en grande partie, rapporter les premiers accidents. Les altérations de l'iléum étaient les plus anciennes, au moins suivant toutes les apparences; car les dernières plaques elliptiques de l'iléum étaient grisâtres et bleuâtres, peu épaisses, offraient le caractère de celles qui, ayant été plus ou moins vivement enflammées à une certaine époque, ont rétrogradé pendant quelque temps vers l'état naturel; ce qu'attestait plus clairement encore la tendance des ulcères à la cicatrisation : et l'on ne pouvait rien conclure de semblable des lésions du gros intestin.

Ces considérations montrent aussi que la disproportion entre les symptômes et les lésions était beaucoup moins considérable, en réalité, qu'elle ne semblait l'être au premier coup d'œil; puisque ces lésions, celles des plaques el-

liptiques et des glandes du mésentère, avaient été bien plus graves à une époque de l'affection qu'au moment de la mort du sujet.

On peut se demander, maintenant, si les symptômes cérébraux n'avaient pas ici une cause particulière, s'ils n'étaient pas dus à l'inégalité de constance de la masse encéphalique. L'affirmative serait difficile à soutenir. Car si les spasmes ou les mouvements convulsifs eussent été la suite de cette inégalité de consistance, ils auraient eu lieu du côté opposé à celui où la consistance était le plus marquée, ce qui n'était pas, au moins dans les premiers temps. D'ailleurs, ces symptômes ne différaient pas essentiellement de ceux qui ont eu lieu dans d'autres cas, et en particulier dans l'observation précédente, où l'inégalité de consistance qui nous occupe n'existait pas: on ignore, jusqu'ici, l'expression symptomatique d'une semblable lésion; de manière que lui assigner une certaine série d'accidents, serait conclure là où l'on ne peut, ce me semble, qu'avoir des doutes.

En résumé, l'affection du sujet qui nous occupe avait, au plus haut degré, la forme *ataxique*; les lésions observées dans l'iléum étaient les mêmes que dans les cas d'affection typhoïde les plus ordinaires et les plus éloignées de cette forme: en sorte que cette observation est une nouvelle preuve que la maladie appelée fièvre ataxique ne diffère pas essentiellement des autres maladies de la même classe, de la fièvre putride en particulier.

On se fera peut-être encore une autre question. Quelques symptômes spasmodiques eurent lieu avant le début de la fièvre; à quelle cause les rapporter? A supposer que ces spasmes, dont je n'ai eu connaissance que par les parents de la malade, aient eu réellement lieu, on pourrait les attribuer à l'altération des plaques elliptiques de l'iléum, qui aurait

été latente pendant un certain temps. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que la malade était d'une sensibilité très vive, et qu'on ne doit pas attacher à quelques symptômes spasmodiques, dans de semblables conditions, une importance aussi grande que dans toute autre circonstance.

Passons à une autre observation qui n'offre pas moins d'intérêt que les précédentes.

XLVIIIe OBSERVATION.

Céphalalgie, malaise universel, frissons répétés après le repas, pendant huit jours; diarrhée au troisième, puis anorexie complète; chaleur vive, et bientôt météorisme, assoupissement, mort au *trente-neuvième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum un peu épaissies, d'un bleu foncé, sans ulcérations près du cœcum ; glandes mésentériques correspondantes bleuâtres et volumineuses ; eschares au sacrum, hépatisation partielle de l'un des poumons, etc.

Un tailleur, âgé de vingt-un ans, à Paris depuis dix-sept mois, d'un médiocre embonpoint, chairs molles, ordinairement bien portant, était malade depuis quinze jours et alité depuis quatre, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 30 décembre 1822. Dans la première semaine, malaise universel, céphalalgie, douleurs dans les membres, anorexie incomplète, frissons répétés après le repas, un peu de toux, diarrhée au troisième jour; puis exaspération de presque tous les symptômes, diminution progressive des forces, chaleur vive et sèche, céphalalgie intense, insomnie, rêves fréquents, anorexie presque complète.

Le 31, après une nuit calme et sans rêves : céphalalgie peu considérable, physionomie assez naturelle, langue peu humide, d'un rouge médiocre au pourtour, soif vive, sécheresse au gosier, déglutition un peu gênée depuis la veille, ventre souple, indolent, non météorisé, quatre selles li-

quides ; pouls légèrement accéléré, sans largeur ni plénitude; chaleur élevée, taches roses, lenticulaires, nombreuses, à la poitrine et à l'abdomen, sans saillie évidente, plus nombreuses encore aux bras, où plusieurs d'entre elles sont confluentes et forment quelques petites plaques d'un rouge vif; respiration peu accélérée, toux nulle ; mouvements faciles, aucune plainte. (*Limon. ; lav. lin*; *trois bouillons*.)

Le lendemain, 1er janvier : stupeur légère, tendance au sommeil ; ventre un peu douloureux à droite de l'ombilic, pouls très accéléré, chaleur forte, taches roses, lenticulaires, encore plus nombreuses que la veille ; un peu de toux, deux crachats couleur acajou ; râle sonore, universel, peu considérable ; percussion claire (*Saignée de* 300 *grammes ; vésic. aux cuisses*).

Il y eut quatre selles et rien autre chose de remarquable, dans la journée. Le 2 : intelligence convenable, langue comme le premier jour, nouvelle éruption de taches, quelques crachats muqueux (*Limon.* quater ; *pot. gom.*).

Le 3 : affaissement des traits, malaise universel, somnolence, et le malade y retombe dès qu'on cesse de l'interroger ; yeux roses, indolents ; taches un peu moins nombreuses, pouls vif, à cent ; râle sec et sonore, universel ; langue sèche et un peu tremblante.

Aucun changement appréciable, le 4. Le 5 : stupeur, figure décolorée, oreille dure pour la première fois, réponses lentes et incomplètes ; langue sèche et brunâtre, soif vive, ventre mou et indolent, une selle ; pouls régulier et un peu petit, à cent ; taches lenticulaires, plus ou moins saillantes, aussi rapprochées au bras qu'au tronc ; respiration médiocrement accélérée (*Limon.; inf. de kk; pot. av. sir. de kk.*, 30 *gram.; une tasse de vin ; foment. arom.*)

Du 6 au 14, la figure fut ordinairement pâle, l'oreille pres-

que toujours fine, la somnolence et la stupeur médiocres ; il n'y eut pas de délire, et la faiblesse, bien que considérable, n'empêchait pas le malade de descendre du lit. La langue, habituellement sèche, fut quelquefois humide, gluante et encroûtée, le ventre légèrement météorisé, indolent, les selles peu nombreuses, sinon du 10 au 13, qu'elles se répétèrent de huit à douze fois dans la journée. Le pouls conserva les caractères indiqués jusqu'au 14, qu'il devint petit et fréquent. Le même jour, au râle sec et sonore se joignit un peu de crépitation du côté droit. — La prescription du 5 fut continuée ; on y ajouta seulement des vésicatoires aux cuisses, le 7, ceux des jambes étant à peu près secs.

Le 15 : somnolence un peu moindre, amélioration apparente ; le malade se trouve mieux, sa figure est presque naturelle.

Dans la nuit du 16 au 17, plaintes assez vives. Le 17 : réponses justes, langue molle, peu humide, ventre météorisé, indolent, trois selles ; pouls médiocrement accéléré, assez souple, chaleur douce, sans sueur ; crachats verts, opaques, assez nombreux ; râle sonore dans la moitié inférieure du côté gauche de la poitrine, râle varié, sec, sonore, sifflant, muqueux à droite : quelquefois même espèce de glou-glou ; eschare au sacrum.

Jusqu'au 23, jour de la mort, l'état de l'intelligence fut toujours le même. Le 22, le malade, aidé d'un infirmier, pouvait encore descendre du lit ; sa langue était fort humide, son ventre indolent ; il avait eu de nombreuses évacuations alvines, la veille. — Les crachats furent plus ou moins nombreux, opaques et verdâtres ; on entendait un râle crépitant, assez humide, quelquefois une sorte de gargouillement, le 20, à la partie antérieure de la poitrine ; la crepi-

tation était presque universelle en arrière, et la poitrine sonore, le 21. Le 23, à l'heure de la visite, la dyspnée était extrême, la parole presque inintelligible. La mort eut lieu à dix heures du soir.

Un vésicatoire avait été appliqué à la poitrine, le 21.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Peau correspondante au vésicatoire de la poitrine, d'un rose assez vif, sans épaississement : celle des vésicatoires des membres inférieurs un peu amincie.

Tête. Point d'infiltration sous-arachnoïdienne : une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Cerveau ferme, très peu injecté.

Cou. Larynx dans l'état naturel ; trachée-artère rouge, à sa partie inférieure surtout.

Poitrine. Cœur sain, contenant beaucoup de sang caillé. Quelques adhérences celluleuses entre le poumon gauche et la plèvre correspondante. Le sommet de ce poumon et une grande partie du lobe inférieur droit étaient hépatisés, d'un rouge pâle ; le reste de ces organes, engoué ou sain.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel.—La membrane muqueuse de l'estomac était enduite d'un mucus visqueux dans une partie de son étendue, légèrement mamelonnée, d'un rose clair généralement, d'une teinte plus obscure près du pylore : elle était très ramollie dans le grand cul-de-sac, où l'on ne pouvait en avoir des lambeaux par traction, puis successivement plus consistante, de manière à avoir sa fermeté naturelle, dans la région pylorique.—La portion pylori-valvulaire du duodénum était un peu rouge, d'ailleurs saine. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle avait une épaisseur et une consistance convenables dans toute son étendue, même entre les plaques elliptiques

de l'iléum. Ces plaques, au nombre de vingt, dans les 13 derniers décimètres de l'intestin, étaient placées à l'opposite du mésentère, d'un bleu plus ou moins foncé, d'autant plus rapprochées, plus larges, d'une couleur plus intense, qu'elles étaient plus voisines de la valvule iléo-cœcale, et elles avaient de 55 à 70 millimètres dans leur grand diamètre. Celles qui étaient le plus éloignées de la valvule offraient, à leur surface, une foule de petites aréoles (orifices de cryptes) blanchâtres, de près d'un millimètre de large, environnées d'un cercle bleuâtre. Le tissu cellulaire correspondant à ces plaques en avait la couleur, était aussi épais que la muqueuse subjacente, de manière que la plaque avait deux fois plus d'épaisseur, ou environ, que dans l'état naturel. — Le gros intestin était rétréci au point d'admettre avec peine l'entérotome ; sa membrane muqueuse avait une couleur rose tendre, si ce n'est dans le rectum où elle était grisâtre ; et elle était un peu ramollie dans toute sa longueur. — Les glandes mésentériques correspondantes aux plaques bleuâtres offraient la même couleur, et avaient le volume d'une noisette. — Le foie était sain, la bile de la vésicule rousse et bien liquide. — La rate, à peine un peu plus volumineuse que dans l'état sain, avait une consistance et une couleur convenables.

Ce cas est certainement du petit nombre de ceux qui ont pu faire croire, jusque dans les derniers temps, à des hommes attentifs et impartiaux, à l'essentialité des fièvres. Au premier coup d'œil, en effet, l'intestin grêle paraît sain, on observe seulement, près du cœcum, quelques taches bleuâtres; et si l'on n'a pas suivi les diverses transformations des plaques elliptiques de l'iléum, dans le cours de l'affection typhoïde, on peut négliger une lésion qui paraît n'être qu'une simple altération de couleur. Mais, ces diverses transforma-

tions une fois connues, il ne peut en être ainsi, et on ne saurait douter que les symptômes observés dans le cas actuel ne soient liés, comme dans les autres, à une altération particulière des plaques elliptiques de l'iléum. Sauf les ulcérations qui n'existaient pas, ces plaques avaient, effectivement, les mêmes caractères que chez d'autres sujets dont l'affection s'est prolongée un temps plus ou moins considérable; elles avaient, comme chez eux, une couleur bleuâtre, dont l'intensité était plus grande près du cœcum que partout ailleurs; plus d'épaisseur que dans l'état normal, et beaucoup moins qu'elles n'en ont ordinairement quand elles sont rouges, chez des sujets qui succombent dans la période aiguë. Le tissu cellulaire des plaques altérées avait aussi une couleur bleuâtre et un excès d'épaisseur : il en était de même des glandes mésentériques correspondantes : en sorte que, si les plaques eussent été ulcérées, la relation des symptômes aux lésions n'eût pas été mise en doute. Mais les ulcérations ne changent pas la nature de l'altération qui nous occupe; elles n'en sont qu'une des suites, une des périodes, un des degrés; elles n'augmentent probablement pas l'intensité du mouvement fébrile, comme on a pu s'en convaincre dans le chapitre précédent; leur absence, sous le rapport diagnostic, n'est donc ici d'aucune valeur, et il faut admettre que l'épaississement et la couleur bleue des plaques de l'iléum supposent une altération antérieure plus profonde, un épaississement, un ramollissement, une couleur rouge plus ou moins marqués; qu'ainsi les symptômes très graves d'affection typhoïde, offerts par le sujet qui nous occupe, n'eurent pas d'autre cause, furent liés aux mêmes altérations que chez les sujets observés jusqu'ici.

Rien de plus instructif, d'ailleurs, que cette observation;

aucun raisonnement, aucune considération ne pouvant montrer aussi clairement toute l'attention qu'il convient d'apporter dans l'examen des organes, et combien les circonstances les moins importantes, en apparence, peuvent être décisives.

L'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac ne fut indiquée par aucun symptôme ; ce qu'on ne peut expliquer que par l'époque tardive à laquelle elle se sera probablement développée, quand l'assoupissement était déjà plus ou moins considérable. L'inflammation du parenchyme pulmonaire, annoncée par la crépitation, fut peut-être plus tardive encore, et elle doit être regardée, avec celle de la muqueuse gastrique, comme la cause, sinon unique, au moins principale de la mort du sujet.

L'observation suivante tient, en quelque sorte, le milieu entre les trois dernières et celles du chapitre précédent ; ou plutôt elle forme un lien naturel entre les unes et les autres, les symptômes et la lésion étant à la fois peu prononcés, le diagnostic obscur au premier coup d'œil.

XLIXe OBSERVATION.

Chaleur, soif, douleur au-dessous du larynx, toux, diminution de l'appétit au début, diarrhée au troisième jour ; au sixième, rougeur au voile du palais et au pharynx, pouls extrêmement irrégulier et fréquent ; puis délire momentané, léger météorisme, convalescence apparente, enfin délire plus prolongé; mort au *trente-sixième jour*.— Plaques de l'iléum saillantes, gris orangé, légèrement ulcérées; glandes mésentériques correspondantes rouges et volumineuses ; quelques ulcérations gastriques, ramollissement élastique d'un des corps striés.

Un monteur en cuivre, âgé de vingt ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une taille moyenne, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 3 janvier 1823. Convalescent, de-

puis quinze jours, d'un rhumatisme articulaire, il s'était bien porté dans la semaine qui avait suivi sa sortie de l'hôpital, sans néanmoins recouvrer ses forces, et il était de nouveau malade depuis huit jours. Au début : douleur, chaleur incommode au-dessous dn larynx, toux, crachats clairs, anorexie, soif, chaleur générale sans frissons. Les douleurs continuèrent, en augmentant, les cinq premiers jours ; elles diminuèrent ensuite ; les autres symptômes furent stationnaires, les sueurs presque continuelles ; il y eut de la diarrhée dès le troisième jour, et aucun autre symptôme. — Le malade ne se mit pas au lit ; il prit des bouillons et de la soupe pour toute nourriture ; il ne fit usage d'aucun remède vulgaire.

Le 4 : figure un peu pâle, naturelle d'ailleurs ; sens et intelligence intègres ; ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres ; insomnie ou rêves continuels pendant la nuit ; langue naturelle au pourtour, blanchâtre au centre, anorexie, soif vive, bouche et arrière-bouche dans l'état naturel ; chaleur et sécheresse incommodes, intérieurement, du cartilage thyroïde au sternum, augmentant par la déglutition ; voix naturelle ; ventre souple et indolent, trois selles la veille ; toux assez fréquente, la nuit principalement ; crachats clairs, bruit respiratoire pur ; chaleur médiocre, sueur nocturne ; pouls libre, régulier, à cent quatorze, sans dureté. Le malade ne se plaint que de sa douleur de cou, et a une attitude convenable (*Garg. ad.* ; *orge miellée* ; *six sangs. de chaque côté du cou ; pédil. sinap.*, bis.)

Le 5 : rougeur, sans gonflement, au voile du palais et au pharynx ; mêmes douleurs que la veille ; léger râle sonore ; pouls extrêmement irrégulier, avant comme après la saignée prescrite lors de la visite, alternativement fort et faible, quelquefois imperceptible ; battements du cœur extrê-

mement faibles, souvent difficiles à entendre (*Saignée de* 360 *gramm.*; *orge miel.*, ter).

Le 6 : le sang de la saignée n'offrait ni retrait ni couenne, l'état du malade n'avait pas changé d'une manière sensible, les caractères du pouls étaient les mêmes, on entendait un léger bruit de soufflet à chaque battement de cœur, les crachats étaient un peu striés de sang.

Le lendemain, le pouls était un peu moins irrégulier, à cent vingt-cinq, la respiration à quarante, les crachats étaient demi-transparents, couverts d'une lame de sang, pour la plupart; la douleur du cou persistait.

Dans la journée du 8, la figure devint pâle, la physionomie parut altérée. Il y eut un peu de délire, la nuit suivante, et, le 9 au matin, les réponses étaient justes, le malade ne se plaignait, comme à l'ordinaire, que de sa douleur de cou, qui, pour la première fois, augmentait par la pression. Le pouls était toujours le même, il n'y avait de selles que par lavement.

Dès lors, jusqu'au 31, quatre jours avant le terme fatal, il n'y eut que de légères variations dans les symptômes; la sécheresse de la gorge et les douleurs de cou persistèrent, et le malade ne se plaignit de rien autre chose. Du 11 au 17, on vit sur le pharynx une couche de sang caillé qui disparut graduellement, et, le 26, cet organe était dans l'état normal. La couleur de la langue fut naturelle, le ventre un peu météorisé, le 16 seulement; les selles furent rares. — La chaleur fut médiocre, quelquefois halitueuse, ou mêlée de frissons, et, du 16 au 22, le pouls battit de quatre-vingt-seize à quatre-vingt-huit fois par minute. — Les crachats furent rares, quelquefois tachés de sang, la toux peu fréquente. — Le délire eut encore lieu pendant les nuits du 9 au 12; le malade ne s'occupa de sa santé à aucune époque, et il y sem-

blait aussi étranger que s'il se fût agi de la santé d'un autre.

On lui donna, du 20 au 30, quelques crêmes de riz, et même un peu de volaille dans les derniers jours.

Il y eut un léger délire dans la nuit du 30 au 31. Le 31, la figure était encore plus pâle qu'à l'ordinaire, les traits étaient écoulés, avec une expression d'égarement, la langue pâle, un peu aride et légèrement villeuse au centre, la soif médiocre, l'épigastre un peu sensible à la pression, le ventre plat, toujours indolent : il y avait du râle muqueux à gauche.

Dans la soirée et dans la nuit du 31, le délire fut tranquille. Le 1er février, à l'heure de la visite, l'état de la physionomie était le même; le malade ne se plaignait de rien, sinon d'un peu de douleur à la hanche droite, qui était rouge. Bien que très faible, il se mettait encore assez rapidement sur son séant ; ses pupilles, exposées à une vive lumière, restaient larges, l'épigastre était indolent, le pouls régulier, assez développé, à quatre-vingt-douze, la langue pâle et médiocrement humide (*Vésic. aux mollets ; glace sur la tête*).

Le malade garda la glace de midi à quatre heures, sans se plaindre : il eut du délire et quitta son lit dans la soirée. Le 2, au matin, il répondait convenablement aux questions, ne se plaignait de rien, même après qu'on lui eut appliqué de nouveau de la glace sur la tête; son pouls était assez large , quelquefois irrégulier, à quatre-vingt-cinq.

Il mourut le lendemain, à trois heures du matin, sans avoir dit une seule parole.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-NEUF HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Marasme avancé, rien autre chose de remarquable.

Tête. Point d'infiltration sous-arachnoïdienne. Cerveau très médiocrement consistant, peu injecté ; le corps strié du côté droit cédait à la pression, comme une pâte un peu élastique, en quelque sorte ; et il en était de même de la protubérance annulaire.

Cou. Le pharynx, l'œsophage, le larynx et la trachée-artère étaient sains dans toute leur longueur.

Thorax. Le péricarde était dans l'état naturel. Le ventricule gauche du cœur était un peu plus ferme que d'ordinaire ; des concrétions succiniformes existaient dans les deux ordres de cavités. — L'aorte était blanche à l'intérieur. — Les poumons étaient libres et sains ; la muqueuse bronchique, d'un rouge vif, à gauche principalement, où elle était enduite, jusque dans ses dernières ramifications, d'un mucus puriforme. — Il n'y avait pas d'épanchement dans la cavité des plèvres.

Abdomen. L'estomac était un peu augmenté de volume. Sa membrane muqueuse était d'un rouge vif, dans son extrémité supérieure, beaucoup moins dans le voisinage du pylore ; elle offrait, dans la largeur 50 millimètres, près de cet orifice, plusieurs ulcérations partielles, de 12 à 20 millimètres de surface : ailleurs, elle avait une épaisseur convenable, et elle n'était ramollie que dans le grand cul-de-sac. — Le duodénum était dans l'état normal. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus coloré en jaune-orange, dans quelques points où la muqueuse était plus ou moins rouge ; et l'on voyait, dans ses 6 derniers décimètres, douze plaques elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, plus ou moins saillantes, d'un gris-orangé, de 50 millimètres ou environ de longueur, offrant, chacune à son centre, une ulcération de 4 à 6 millimètres de diamètre, au fond de laquelle se trouvaient à nu

les fibres musculaires un peu épaissies. Sa membrane muqueuse était plus ou moins ramollie, dans leur intervalle, où se trouvaient aussi un assez grand nombre de cryptes miliaires, jaunâtres. — Les glandes mésentériques, correspondantes aux ulcérations, étaient un peu rouges et augmentées de volume. — La membrane muqueuse du gros intestin avait une épaisseur convenable, était un peu ramollie dans toute son étendue, d'un rouge obscur dans une petite partie du colon droit, d'un rouge vif dans le rectum, jusqu'à 50 millimètres de l'anus; et elle offrait des taches de même couleur, assez nombreuses, entre ses deux extrémités. — Les glandes mésocolites étaient un peu rouges et volumineuses. — Le foie était d'un rouge foncé, plus consistant que dans l'état ordinaire. La bile était médiocrement épaisse, d'une couleur assez claire. — La rate était ferme, d'un rouge obscur, peu augmentée de volume. — La membrane muqueuse de la vessie était saine, l'urine comme jumenteuse. — Les autres viscères étaient dans l'état naturel.

Les lésions propres à l'affection typhoïde étaient, comme on le voit, peu prononcées; les symptômes eux-mêmes avaient, dans leur ensemble, une physionomie fort différente de celle qui leur est ordinaire; et, bien qu'ils indiquassent plutôt une affection typhoïde que toute autre maladie, on ne pouvait les rapporter à leur véritable cause, qu'à l'aide d'une analyse sévère. En effet, le malade éprouve au début un mouvement fébrile assez prononcé, des douleurs au cou, qui persistent pendant toute la durée de l'affection; il a, au troisième jour, un peu de diarrhée, qui continue long-temps au même degré, puis s'arrête; un peu on observe, momentanément, un léger météo-

risme, du délire pendant quatre jours ; le pouls est très accéléré, très inégal pendant quelque temps ; après une amélioration apparente de plus d'une semaine, pendant laquelle le malade commence à prendre quelque nourriture, des symptômes graves se manifestent, la physionomie est altérée, l'épigastre est sensible à la pression, le délire reparaît : au quatrième jour de ce nouvel état le sujet meurt, et l'on trouve, entre autres choses, à l'ouverture de son corps, un état évidemment inflammatoire de la membrane muqueuse de l'estomac, et une altération des dernières plaques elliptiques de l'iléum, semblable à celle qui eut lieu dans les précédentes observations. Si aux symptômes indiqués on ajoute l'indifférence presque stupide du malade pendant toute la durée de l'affection, on conviendra qu'ils ne pouvaient réellement faire soupçonner qu'une maladie semblable à celle qui fait le sujet spécial de ces recherches, bien que quelques accidents, comme l'irrégularité du pouls, aient dû obscurcir le diagnostic pendant un certain temps : et ces symptômes représentaient assez bien, dans leur ensemble, il faut en convenir, ce qu'on appelait *fièvre lente nerveuse.*

La présence de quelques symptômes, dont je ne me suis pas occupé (*sudamina*, taches roses lenticulaires), aurait rendu le diagnostic plus facile ; mais ceux qui ont été observés suffisaient, ce me semble, pour arriver à la connaissance du véritable caractère de l'affection, ou du moins pour arrêter, les soupçons, sur l'altération spécifique de l'intestin grêle exclusivement.

Il y avait, effectivement, une relation évidente entre les symptômes et les lésions, et les uns et les autres indiquent que les plaques elliptiques de l'iléum avaient été primitivement affectées. La diarrhée eut lieu au troisième jour de

l'affection, les lésions de la membrane muqueuse du gros intestin étaient légères, et, suivant toutes les probabilités, très récentes : bien que de peu d'étendue, les ulcérations des plaques elliptiques étaient profondes ; le très médiocre épaississement de ces plaques, uni à leur coloration grisâtre et jaunâtre, indique une lésion ancienne qui avait rétrogradé : on ne peut donc rapporter la diarrhée qu'à leur altération.

Quant à la membrane muqueuse de l'estomac, ses lésions étaient récentes et ne pouvaient avoir eu de part au développement des premiers symptômes. Cela est évident pour le ramollissement rouge de la moitié supérieure de cette membrane : le peu de profondeur de ses ulcérations ne permet pas de les faire remonter à une époque fort éloignée ; et les symptômes confirment cette manière de voir, puisque, avant l'espèce de rechute du malade, il n'y eut ni nausées, ni douleurs à l'épigastre, ni vomissements.

Mais l'état du cerveau, dont j'ai fait abstraction jusqu'ici, n'était-il donc pour rien dans la production de quelques-uns des symptômes nerveux observés, le délire, les soubresauts des tendons, bien que passagers, et la profonde indifférence de l'individu ? Je crois qu'il n'est possible de répondre ni oui ni non, à ces questions. Car, d'une part, on observe à un degré beaucoup plus remarquable les symptômes dont il s'agit, dans un assez grand nombre de cas d'affection typhoïde où le cerveau n'offre pas de lésions appréciables ; et, de l'autre, on ignore la marche lente ou aiguë de ce ramollissement élastique, d'ailleurs si digne d'attention ; ce qu'il serait indispensable de connaître pour la solution du problème proposé. J'ajouterai, pour faire sentir combien il est nécessaire de suspendre ici son jugement, que les altérations locales du cerveau sont ordinairement

accompagnées d'une lésion plus ou moins profonde du mouvement, facile à constater ; qu'il en est de même des lésions de la protubérance annulaire ; que cette altération du mouvement n'a pas eu lieu, et que s'il fallait absolument prendre un parti dans la question proposée, on devrait, par toutes ces considérations, regarder le ramollissement dont il s'agit comme très récent, et les symptômes antérieurs aux derniers jours de la vie, comme en étant tout-à-fait indépendants (1).

Il est remarquable, d'ailleurs, que les quatre observations qui forment la base de ce chapitre sont, hors une, relatives à des sujets qui ont succombé à une époque éloignée du début de l'affection ; c'est-à-dire, quand, d'après la marche la plus ordinaire de la nature, les caractères les plus saillants de l'altération des plaques elliptiques de l'iléum devaient avoir disparu.

Les faits suivants formeront, en quelque sorte, le complément des deuxième et troisième articles, relativement au diagnostic.

(1) Cette incertitude qu'on éprouve relativement à la manière d'envisager certaines lésions du cerveau, dans un assez grand nombre de cas, indique combien, malgré les importants travaux publiés dans ces derniers temps sur les maladies de ce viscère, son histoire est loin d'être complète. Et ce n'est pas sur les cas les plus intéressants, en apparence, qu'il faut compter, pour remplir ces lacunes; ce ne sont pas les seuls cerveaux des sujets qui ont offert des symptômes cérébraux plus ou moins graves qu'il faut ouvrir ; dans l'état actuel de la science, il faudrait plutôt, s'il y avait nécessité de choisir, faire l'inverse, les lésions quid onnent lieu aux symptômes les plus graves étant en partie connues. On ne saurait trop le répéter, la médecine ne fera de progrès que quand les esprits seront convaincus qu'il importe de recueillir et de comparer *tous* les faits, quels qu'ils soient.

ARTICLE IV.

Observations dans lesquelles la plupart des symptômes de l'affection typhoïde ont eu lieu, sans altération spéciale des plaques elliptiques de l'iléum.

Le OBSERVATION.

Délire, rougeur érysipélateuse de la jambe droite, au début et pendant dix jours; assoupissement aux onzième et douzième, diarrhée un peu avant, eschares au sacrum et au grand trochanter droit, mort au *cinquantième jour.* — Ramollissement de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, ramollissement beaucoup moindre de celle du colon; emphysème sous-cutané, universel et profond.

Un garçon, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis sept ans et demi, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, d'une santé habituellement bonne, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 27 mai 1826. Il était alors malade depuis cinq jours, et l'affection avait débuté, à cinq heures du soir, par un frisson violent, bientôt suivi de chaleur, de douleurs dans les membres et de délire. On aperçut, le même jour, du gonflement à l'aine droite et de la rougeur au bas de la jambe du même côté, laquelle était entièrement érysipélateuse, dès le lendemain. Le délire et la chaleur persistèrent, l'agitation fut considérable, il n'y eut de selles que par lavement. — Le malade fut mis aux délayants, on lui appliqua des cataplasmes émollients sur la jambe, et des sangsues au pli de l'aine, le jour du début.

Le 28: abolition presque complète de la mémoire, confusion des dates, parole facile néanmoins, tendance au sommeil, lenteur extrême dans les mouvements, céphalalgie: jambe droite douloureuse et rouge dans toute son étendue,

augmentée de volume ; cette augmentation était très considérable au pied qui était œdémateux ; la rougeur était inégale, faible inférieurement, vive supérieurement, la peau correspondante, d'une dureté plus ou moins considérable. Le tiers inférieur de la cuisse était d'un rose clair, un peu tendu et volumineux ; la langue était bien tirée, peu humide, jaunâtre et villeuse au centre, la soif vive, la respiration médiocrement accélérée, le pouls petit, faible, régulier, la chaleur douce. Il n'y avait ni nausées, ni vomissements ; le malade ne se plaignait de quoi que ce soit.

L'érysipèle fit de continuels progrès et il avait envahi la cuisse, dans toute son étendue, le 4 juin ; ce jour même la rougeur était plus vive qu'à l'ordinaire, la cuisse un peu œdémateuse, et on observait, au pied droit, des eschares superficielles, qui n'eurent pas de suite fâcheuse, dans les points où avaient eu lieu, quelques jours avant, des phlyctènes brunâtres. La desquamation de l'épiderme était abondante par toute la jambe. — Le délire fut plus ou moins marqué jusque-là ; mais, le 6, le malade avait recouvré, quoique incomplétement, l'usage des facultés intellectuelles, et il le conserva, à un certain degré, par la suite. Il n'y eut pas de stupeur. — Les selles furent rares, l'urine involontaire, la langue sèche, quelquefois brunâtre au centre, assez naturelle au pourtour, le ventre plat, insensible à la pression. — La chaleur fut élevée, sèche, le pouls moins accélére après le 31 mai qu'avant.

Du 4 au 25 juin, jour de la mort, voici ce que j'observai. La rougeur de la jambe diminua progressivement, et elle avait presque disparu, le 7. On voyait, ce même jour, une eschare noire, de 140 millimètres de diamètre, au sacrum, dont les bords étaient sanglants et baignés d'une petite quantité de pus ; puis une autre eschare semblable, au grand trochanter

droit. On fit, dès lors, coucher le malade alternativement sur le côté droit et sur le ventre; ce à quoi il se prêtait d'assez bonne grâce ordinairement, pour éviter les douleurs du sacrum et du grand trochanter, bien qu'elles ne fussent pas considérables. L'eschare du sacrum était presque tombée le 17, et la plaie qui lui succéda eut toujours une bonne apparence. Le malade accusait quelques douleurs au pied droit, le 21. — La langue fut sèche et rousse au centre jusqu'au 18, naturelle ensuite; l'appétit fut plus ou moins vif dès ce moment, et le malade mangea quelques crêmes de riz. Les selles furent nombreuses et involontaires, le 7, moins fréquentes ensuite, et le ventre toujours indolent. — La toux, qui avait commencé dans les derniers jours de mai, continua, mais à un faible degré. — Le pouls fut assez large, calme ou peu accéléré, et toujours régulier : il était à quatre-vingt-huit, le 23. — L'assoupissement fut assez considérable, les traits étaient profondément altérés les 6 et 7 juin; après quoi la physionomie fut assez naturelle, le teint clair, le sommeil tranquille, et prolongé une partie du jour.

Le 25 au matin, le malade me parut dans le même état que la veille; mais il eut, peu après mon départ, un léger délire; et le soir, à onze heures, il expira.

On prescrivit de la limonade et des fomentations émollientes jusqu'au 6, époque de l'assoupissement; et, ce même jour, une potion faite avec 2 grammes d'extrait de quinquina, 15 grammes d'acétate d'ammoniaque, 60 grammes d'eau de fleurs d'oranger et 30 grammes de sirop d'œillet. Cette potion fut continuée le lendemain; on y fit entrer 4 grammes d'acétate le 9; et on ordonna, le 11, de l'eau de riz vineuse, qui fut continuée dans la suite.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Emphysème universel, dont il n'y avait pas encore de traces douze heures après la mort, plus considérable au cou et sur les parties latérales de la poitrine que partout ailleurs, occupant les membres dans toute leur épaisseur, sauf le tissu cellulaire sous-cutané, la cuisse droite surtout ; en sorte que les fibres musculaires étaient plus ou moins écartées les unes des autres, les muscles comme disséqués. On enlevait l'épiderme par le plus léger frottement, et la peau correspondante restait humide.— Les plaies du sacrum et du grand trochanter étaient livides, et la peau plus ou moins décollée à leur pourtour. — Il y avait quelques taches noires au pied droit ; et les unes avaient leur siége dans l'épiderme, les autres dans le derme, qui avait la même couleur dans toute son épaisseur.— Le membre abdominal droit était un peu infiltré, la peau qui l'enveloppait était pâle et plus épaisse, de moitié au moins, que celle du côté gauche. Les glandes inguinales correspondantes étaient volumineuses.

Tête. Il y avait une infiltration médiocre de sérosité rougeâtre au-dessous de l'arachnoïde ; une cuillerée du même liquide dans le ventricule latéral droit, moitié seulement à gauche ; quelques bulles d'air dans le tissu sous-arachnoïdien. Le cerveau avait une bonne consistance ; le cervelet était très mou, à part ses pécondules. La protubérance et la moelle allongée étaient dans l'état normal.

Cou. Le pharynx et le larynx étaient un peu livides, leur membrane muqueuse d'ailleurs parfaitement saine.

Poitrine. Il y avait une pinte de sérosité rouge dans chacune des plèvres, sans adhérences. Les poumons étaient engoués, moins résistants que dans l'état normal, en arrière ; non emphysémateux. — On trouva deux cuillerées de sero-

sité dans le péricarde. Le cœur était livide, un peu pâle, extrêmement mou, à parois minces, et il contenait très peu de sang. L'aorte était un peu rouge à l'intérieur, étroite, n'avait que 53 millimètres de développement au bord libre des valvules sigmoïdes, au lieu de vingt-neuf qu'elle a, d'ordinaire, dans ce point, à l'âge du sujet.

Abdomen. Les intestins étaient très météorisés ; il y avait quelques onces de sérosité noirâtre dans le flanc droit. — L'œsophage était dépouillé de son épiderme, d'ailleurs sain. — L'estomac avait un médiocre volume, contenait une fort petite quantité de liquide grisâtre. Sa membrane muqueuse était jaune, dans quelques points du grand cul-de-sac, grisâtre, sans être mamelonnée, le long de la grande courbure, dans une surface de 95 centimètres carrés ; d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans toute son étendue. — Le duodénum était dans l'état naturel. — L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de bile, et peu de mucus. Sa membrane interne était blanche ou jaunâtre, à part quelques points qui avaient une couleur rose livide; mince, ramollie, de manière à ne donner, par traction, que des lambeaux de 2 à 4 millimètres, à de rares exceptions près. Les plaques elliptiques de l'iléum n'offraient absolument rien de remarquable, avaient à peu près le même degré de consistance que dans l'état naturel.—Le gros intestin contenait des matières fécales pultacées, d'un jaune brun, dans son premier tiers, plus consistantes et moins colorées ensuite. Sa membrane muqueuse n'était un peu ramollie que dans sa moitié droite ; et, de tout le tube intestinal, le grand cul-de-sac était le seul point où il y eût un peu d'emphysème sous-muqueux. — Les glandes mésentériques étaient un peu plus volumineuses et plus rouges que dans l'état naturel. — Le foie avait un médiocre volume, une

teinte brun bleuâtre assez uniforme ; il était mou, facile à déchirer, emphysémateux dans quelques parties où il y avait plus de vide que de plein. Le péritoine qui le recouvre en était séparé, dans plusieurs points, par des gaz, et partout on l'enlevait avec la plus grande facilité. La vésicule avait un médiocre volume, contenait un liquide d'une couleur orange, d'une épaisseur convenable. — La rate était un peu augmentée de volume, noirâtre et très ramollie. — Les reins étaient un peu pâles, petits, mous, verdâtres à l'extérieur. — Les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

Si le siége de la maladie eût été aussi profondément caché qu'il était superficiel, on serait très probablement tombé dans l'erreur; on aurait cru avoir affaire à une affection typhoïde : le délire, l'assoupissement, les eschares, la diarrhée, la sécheresse de la langue, étant au nombre des symptômes les plus graves de cette maladie. Sans doute le délire ne paraît pas ordinairement au début de l'affection typhoïde, mais cela arrive quelquefois néanmoins : si l'assoupissement fut très court, sa durée n'a rien de fixe, et il manque quelquefois dans le cours des fièvres : si la diarrhée se manifeste fréquemment dès leur début, elle ne se montre aussi, dans un assez grand nombre de cas, que tardivement ; et si le développement un peu brusque de certains symptômes, l'apparition tardive de quelques autres, pouvaient laisser des doutes, les larges eschares au sacrum et au grand trochanter étaient bien faites, il faut en convenir, pour les dissiper. On pouvait même encore, après avoir reconnu l'érysipèle comme la source des premiers symptômes, se demander s'il n'y avait pas quelque complication, d'autant plus que les eschares ne furent observées qu'au moment où l'érysipèle suivit une marche rétrograde.

Toutefois, et je ne saurais trop le faire remarquer au lecteur, il n'y eut ni *sudamina*, ni taches roses, lenticulaires, ces taches qui sont presque constantes dans l'affection typhoïde ; il n'y eut ni surdité, ni bourdonnements d'oreilles, ni météorisme ; c'est-à-dire que le malade éprouva plusieurs symptômes graves qui sont communs à l'affection typhoïde et aux autres maladies aiguës, et que ceux dont l'ensemble est propre à l'affection typhoïde, manquèrent. On ne pouvait donc pas croire à l'existence d'une complication, et avec d'autant plus de raison que le sujet était à Paris depuis près de huit ans, qu'il se trouvait, ainsi, dans des circonstances où l'affection typhoïde se montre bien rarement. Mais ce fait n'en a pas moins beaucoup d'importance, en ce qu'il montre, une fois de plus, que le diagnostic de l'affection typhoïde repose, non dans la gravité, mais dans le nombre et dans la variété des symptômes qui lui sont propres.

Remarquons, d'ailleurs, que les plaques elliptiques n'étaient pas seulement saines, mais qu'à leur pourtour la membrane muqueuse était fort ramollie ; de manière qu'altérées ou non altérées, ces plaques sont presque toujours dans un état très différent de celui de la muqueuse avec laquelle elles se continuent.

Cette observation est d'ailleurs un exemple frappant de l'influence des prédispositions sur le développement des symptômes accessoires, puisqu'on ne peut concevoir la subite apparition du délire et le développement des eschares, qu'en admettant une prédisposition. Il est encore digne de remarque que la prédisposition à la gangrène paraît avoir été la suite de l'érysipèle ; car cette inflammation s'est terminée heureusement, et si, à son plus haut période, la disposition à la gangrène eût existé, elle se serait assurément terminée par la mortification des parties qui en étaient le siége :

et non-seulement cette terminaison n'a pas eu lieu, mais le tissu cellulaire sous-cutané n'a pas même été enflammé.

L'état de la peau atteinte d'érysipèle mérite encore notre attention. Bien qu'ayant cessé d'être rouge depuis plus de deux semaines, au moment de la mort, elle était encore très épaissie; et ce fait n'est pas le seul qui nous ait donné lieu d'observer que l'épaississement des tissus est un des effets de l'inflammation qui disparaît le plus lentement, et qu'on ne saurait considérer comme ayant été le siége d'une phlegmasie récente, un organe membraneux susceptible d'un épaississement rapide, si, n'étant ni rouge ni ramolli, il n'est pas non plus épaissi.

Je ne m'arrêterai pas sur l'emphysème dont il a été question dans la première partie de cet ouvrage, et je passe à l'exposition d'un autre fait assez semblable à celui-ci.

LIe OBSERVATION.

Frissons, anorexie, érysipèle de la jambe gauche au début; délire le quatrième jour, puis assoupissement, rougeur et enflure du petit doigt de la main gauche, excoriation du scrotum ; mort au *onzième jour*. — Jaunisse universelle, emphysème du cou, abcès à la jambe gauche et au coude droit, tapissés d'une fausse membrane ; gaz dans la cavité péritonéale; plaques elliptiques de l'iléum saines; la muqueuse de cet intestin très ramollie dans ses 15 derniers décimètres, etc.

Un sacristain de l'Abbaye, d'une assez forte constitution, taille moyenne, épaules larges, à Paris depuis trente-six ans, âgé de 65, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 6 septembre 1824. Hémorroïdaire depuis vingt ans, ses hémorroïdes n'avaient été fluentes que dans les dix dernières années; il n'était pas sujet au rhume, et il accusait deux jours de maladie. Au début : maux de tête, frisson violent, anorexie, rougeur à l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche ; le frisson

dura six heures, fut accompagné de nausées, de vomissements, et suivi d'une chaleur forte et sèche, qui persista ensuite sans interruption. D'ailleurs, ni dévoiement, ni douleurs de ventre; urine rouge, intelligence parfaite, nulle tendance au sommeil.

Le 7, fin du deuxième jour : céphalalgie gravative, douleurs contusives dans les bras, mémoire sûre, exercice de l'intelligence un peu lent, légère tendance au sommeil ; douleur assez vive, gonflement médiocre, rougeur incomplétement circonscrite autour de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche ; langue sèche et râpeuse au centre, naturelle au pourtour ; soif vive, déglutition facile, anorexie, ventre souple, indolent, bien conformé ; ni nausées, ni vomissements, constipation : pouls large, régulier, à quatre-vingt-quinze ; chaleur médiocre, un peu sèche, injection légère des téguments ; respiration normale, toux nulle. (*Bour. oxym. nitrée ; petit lait quinze sangs. à l'articulat. tars.*)

Le 8 : augmentation de la rougeur et du gonflement de la jambe gauche, qui est brûlante dans toute son étendue. Le reste comme la veille.

La nuit suivante, léger délire. Le 9 ; rougeur bornée à la partie inférieure et externe de la jambe, œdème dans le même point, desquamation commençante au coude-pied. Nul autre changement.

Depuis lors jusqu'au 15, jour de la mort, voici ce que j'observai. L'assoupissement fut presque continuel, mais facile à rompre: le délire fut violent, les 10 et 11, au point qu'on fut obligé de maintenir le malade avec le gilet de force, après quoi il fut peu considérable. Le 10, les traits étaient écoulés, e gonflement de la jambe gauche, augmenté; le petit doigt de la main correspondante, volumineux et rouge ; et ces symptômes prirent encore plus de développement, les deux

jours suivants. Le 13, la cuisse gauche était chaude, et il y avait de la fluctuation au coude du côté opposé. Le 14, le volume de cette partie était augmenté, l'érysipèle du petit doigt de la main gauche, flétri; le scrotum rouge, volumineux, excorié dans plusieurs points, comme depuis trois jours. Le 15, la cuisse gauche offrait du gonflement, et celui du bras droit était diminué. — Le pouls fut assez large, de quatre-vingt à quatre-vingt-dix jusqu'au 15 ; moins large, sans être misérable, ce dernier jour. — La langue fut plus ou moins rousse, noirâtre ou encroûtée ; la soif toujours assez vive, la déglutition facile. Il y eut plusieurs selles, le 10; elles furent nombreuses et involontaires, le 13. J'observai du météorisme le 7; il augmenta dans la suite, et l'abdomen fut toujours insensible à la pression. — Il n'y eut de taches roses, lenticulaires, en aucun temps; la peau était universellement jaune le 12, il en était de même des sclérotiques; et cette coloration prit plus d'intensité les jours suivants. La chaleur fut constamment assez élevée.

Le malade mourut dans la soirée, sans agonie.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Couleur jaune universelle, peu foncée. — Emphysème borné au tissu cellulaire du cou.— Jambe gauche d'un médiocre volume, un peu rouge et bleuâtre dans sa partie externe, dans une surface de vingt-quatre centimètres; peau correspondante épaissie; infiltration de pus au dessous; et, près de la cheville, ce liquide formait un abcès dont les parois étaient tapissées par une fausse membrane, molle, semblable à celle qu'on trouve à la surface des vésicatoires. Pareil abcès avait lieu au coude droit ; et l'un et l'autre étaient environnés, dans une partie de leur étendue, d'un tissu cellulaire rouge.

Tête. Traces d'infiltration sous-arachnoïdienne; quatre petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux; pie-mère médiocrement rouge, substance corticale du cerveau dans l'état naturel; la médullaire piquetée d'un sang noir, épais. — Le cervelet, la protubérance et la moelle allongée dans l'état naturel.

Cou. La membrane muqueuse du pharynx et des voies aériennes un peu livide, d'ailleurs saine.

Poitrine. Adhérences cellulaires entre les poumons et les plèvres, moins étendues à droite qu'à gauche; 120 grammes de sérosité sanglante dans chacune d'elles. Noyau crétacé, deux petits abcès tuberculeux, au sommet du poumon gauche. Ce même poumon et celui du côté droit, lourds et infiltrés d'un liquide sanglant, non aéré, dans presque toute leur étendue. — 90 grammes de sérosité rougeâtre dans le péricarde. Cœur très mou, d'un bon volume; ses valvules saines; les sigmoïdes de l'aorte également, sauf quelques épaississements partiels. Aorte d'un rouge vif, avec quelques taches noirâtres.

Abdomen. Météorisme considérable. Une incision faite aux parois de l'abdomen, sans intéresser les viscères qui y sont renfermés, donna issue à un gaz inodore, dont le volume, estimé par le retrait du ventre, fut évalué à quatre verres environ. — L'œsophage était sain, à part un léger emphysème sous-muqueux, près du cardia, qui se prolongeait dans une portion de l'extrémité supérieure de l'estomac. — Celui-ci était doublé de volume, contenait un peu de liquide jaunâtre. Sa membrane muqueuse était d'une teinte bistre ou verdâtre, très légèrement ramollie, et d'une épaisseur proportionnée à son volume. — L'intestin grêle était médiocrement distendu par des gaz, contenait un peu de bile jaune et de mucus. Sa membrane muqueuse avait la

même couleur, dans quelques points, était généralement blanchâtre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables, si ce n'est dans les 13 derniers décimètres de l'iléum, où elle était un peu ramollie. Toutes les plaques elliptiques étaient saines. — Le gros intestin contenait des matières fécales, épaisses dans son dernier tiers, et il avait un volume considérable. Sa membrane interne était verdâtre ou jaunâtre, et, à cela près, parfaitement saine. — Les glandes mésentériques étaient fort petites. — Le foie avait un volume convenable, était très mou, très facile à déchirer, d'une couleur grisâtre ou pistache dans toute son épaisseur, sans trace d'emphysème. Il y en avait un peu au col de la vésicule, qui contenait une grande quantité de bile rousse, peu épaisse. — La rate était grisâtre, presque de la couleur du foie, dans toute son épaisseur, et si molle qu'on pouvait à peine y faire une incision nette avec un bon scalpel. — Les reins étaient un peu augmentés de volume ; leur substance corticale était emphysémateuse, crépitante, bosselée à l'extérieur, comme si elle eût été semée d'un grand nombre de petits kystes. — Il y avait un kyste séreux, du volume d'une noix, entre la vessie et la prostate.

A part le défaut d'eschares et la marche rapide de l'affection, il y avait beaucoup d'analogie entre ce fait et le précédent. Le mouvement fébrile fut considérable, le délire violent, peu après son début, au troisième jour ; il y eut de la diarrhée vers la même époque ; la langue fut sèche, noirâtre, encroûtée ; le météorisme, qui n'existait pas chez le sujet de la dernière observation, fut considérable. Il était donc assez naturel, dans les idées reçues, de soupçonner l'affection typhoïde, sinon comme primitive, au moins

comme secondaire, surtout à raison du météorisme, un des symptômes les plus remarquables de cette maladie, qu'on rencontre si rarement ailleurs, et dans des circonstances extraordinaires seulement. Mais l'autopsie prouve, de reste, combien une semblable supposition eût été erronée.

Toutefois, ici comme dans la précédente observation, plusieurs des symptômes les plus ordinaires de l'affection typhoïde manquaient. Il n'y eut ni diarrhée, ni douleurs de ventre au début, ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina*, ni épistaxis ; en outre, le sujet était à Paris depuis longtemps, et d'un âge auquel on n'observe plus l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle qui a été décrite : celle-ci complique bien rarement les autres maladies aiguës. On était donc encore plus fondé que dans le cas précédent à repousser l'idée de l'affection typhoïde. L'âge, mis en opposition avec le météorisme, devait l'emporter sur ce symptôme que j'ai rencontré, bien que très rarement, dans quelques maladies aiguës non typhoïdes, tandis que je ne connais aucun exemple de l'affection qui nous occupe chez des sujets âgés, et que parmi les médecins que leur position appelait, il y a quelques années encore, à donner des soins à la vieillesse, l'un d'eux, M. Rostan, m'a dit n'en avoir jamais observé chez les vieillards.

Je disais tout à l'heure que, hors les cas d'affection typhoïde, le météorisme n'avait lieu que bien rarement et dans des circonstances extraordinaires ; et l'observation qui nous occupe en est une nouvelle preuve ; car quoi de moins ordinaire, au début ou peu après le début de l'érysipèle, que le délire, sa persévérance, la somnolence, l'encroûtement de la langue ?

D'ailleurs, loin de diminuer l'importance du météorisme dans le cours de l'affection typhoïde, ce cas me semble y

ajouter encore, en montrant que cette maladie suppose une perturbation, sinon plus profonde de l'économie, au moins différente de celle qui a lieu dans les autres, et qui en fait peut-être quelquefois, comme ici, le plus grand danger.

Bien que les symptômes et les lésions observés dans ce cas et dans le précédent, supposent dans l'un et dans l'autre des prédispositions analogues, il y avait néanmoins entre eux des différences remarquables sous ce rapport; de manière que chez l'un la prédisposition aux eschares dominait, chez l'autre, celui qui nous occupe, la tendance à la suppuration. — Les fausses membranes qui tapissaient les deux foyers de pus, méritent d'être remarquées, à raison du petit nombre de cas dans lesquels les auteurs en ont fait mention.

Si le siége de la maladie principale devait préserver de l'erreur et empêcher de croire à l'existence d'une affection typhoïde, chez le sujet de cette observation et chez celui de la précédente, il n'en était plus de même pour le malade dont je vais donner l'histoire, et, à son égard, l'erreur a dû exister jusqu'au moment de l'ouverture du corps.

LIIe OBSERVATION.

Diarrhée, délire au début avec assoupissement, plus tard douleurs de de ventre, météorisme non interrompu, eschare au sacrum et aux trochanters, délire fréquemment interrompu, intelligence parfaite; mort au *cinquante-cinquième jour*. — Médiocre épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux; muqueuse du gros intestin ramollie partiellement; foie gras; rein gauche en partie détruit.

Un limonadier, âgé de quatorze ans, d'une constitution délicate, fut conduit à l'hôpital de la Charité, le 15 février 1823. On me dit qu'il était malade depuis dix-neuf jours, que l'affection avait débuté par des vomissements, l'ano-

rexie, une diarrhée considérable qui avait persisté quatorze jours; qu'il y avait eu, dès le troisième, du délire pendant la nuit, de l'assoupissement dans la journée, et, quelquefois alors, des propos sans suite. La céphalalgie avait été considérable, dans les quatre derniers jours, et les vomissements n'avaient pas reparu depuis le premier. — Des sangsues avaient été mises au cou et aux tempes, à différentes reprises.

Le 16 : air d'abattement, pommettes bien colorées, faiblesse considérable, soubresauts des tendons, céphalalgie intense, mémoire débile, imparfaite, réponses brèves et promptes, sens intègres; langue pâle et humide, soif médiocre, déglutition facile, ventre souple, indolent, si ce n'est par une pression forte; pouls régulier, un peu faible, à cent vingt-deux; chaleur peu élevée; respiration pure. *(Orge éd.; un vésic. à l'une des cuisses; pot. gomm.; lav. ém.; deux bouill.).*

Dès lors, jusqu'au 25 mars, jour de la mort, c'est-à-dire dans l'espace de six semaines, voici ce que j'observai. La céphalalgie fut considérable, il y eut de fréquents soupirs et des cris plaintifs du vingt au vingt-septième jour de l'affection. Du vingt-septième au trente-unième, tout le corps fut douloureux, vers les épaules principalement, par le moindre contact, et le malade poussait des cris semblables à celui qu'on désigne par le mot hydrencéphalique. Les cris furent très répétés jusqu'au trente-septième jour, et bien que l'exercice de l'intelligence ne fût pas complet, il n'y eut pas de délire proprement dit, depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'à cette époque. Mais depuis lors jusqu'au terme fatal, le délire fut constant, la nuit surtout, et mêlé de cris : l'assoupissement en occupait les intervalles, et quelquefois, après avoir répondu d'une manière assez satisfaisante,

le malade criait tout-à-coup : A la garde ! — On observa, le trente-deuxième jour, une eschare au sacrum, une rougeur érysipélateuse à la hanche gauche et à la partie supérieure de la cuisse du même côté. Cette dernière était plus étendue le trente-quatrième jour, presque dissipée le trente-cinquième ; la cuisse conservant encore un excès de volume, qui persista jusqu'au trente-neuvième. Ce dernier jour, la jambe gauche était érysipélateuse, la desquamation de l'épiderme considérable, les grands trochanters offraient de larges taches brunâtres. Ces eschares et celles du sacrum étaient détachées, le quarante-cinquième jour, et l'on voyait des taches comme scorbutiques au cou et aux bras, le cinquante-troisième. — La chaleur fut toujours assez vive ; il y eut un frisson le trente-cinquième jour. Le pouls était à cent dix, le vingt-unième ; à cent vingt-neuf, le vingt-huitième ; à cent six le quarante-neuvième ; à cent, le cinquante-troisième, et il devint successivement plus faible. — Quelquefois un peu collante, la langue fut d'ailleurs naturelle du vingtième au vingt-neuvième jour, puis sèche par intervalles ; et, du quarante-troisième au cinquante-quatrième, j'y observai, comme à la lèvre inférieure, quelques petites ulcérations. Les selles furent sollicitées par l'huile de ricin, du vingt-quatrième au vingt-huitième jour, puis plus ou moins fréquentes et souvent involontaires. Le ventre était un peu sensible à la pression, le vingt-deuxième jour ; le malade s'en plaignait, le vingt-troisième, assurait y souffrir depuis cinq jours ; et, dès ce moment, jusqu'au quarante-quatrième jour, l'abdomen fut météorisé. La tisane fut souvent vomie du vingt-deuxième au cinquante-troisième. — Je n'entendis de râle à aucune époque de la maladie, et la respiration fut médiocrement accélérée.

L'agonie dura environ douze heures, pendant lesquelles

les yeux, couverts de stries muqueuses, semblaient osciller mécaniquement dans leurs orbites, tandis que la tête faisait de continuels mouvements à droite et à gauche.

On ordonna, le vingt-deuxième jour, une infusion froide de quinquina, des fomentations aromatiques et un lavement de camomille camphré ; les vingt-deuxième et vingt-septième jour, de la manne et de l'huile de ricin ; des sangsues aux oreilles, le vingt-cinquième, un bain, le trente-deuxième ; le trente-quatrième une potion tonique avec vin et sirop de quinquina, 30 grammes de chaque, qui fut continuée jusqu'au quarante-quatrième jour ; après quoi l'on s'en tint à une potion gommeuse simple.

OUVERTURE DU CADAVRE QUINZE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. La figure avait la même expression que pendant les derniers jours de la vie ; l'épiderme du milieu du dos formait une large vésicule remplie d'un fluide séro-sanguinolent, et, un peu au-dessous, la peau était incomplétement détruite dans une petite largeur. — Le sacrum et les trochanters étaient à nu, au fond d'une ulcération de 95 millimètres de diamètre, pour le sacrum, de 80 seulement pour les trochanters ; la peau était amincie et décollée à leur pourtour, dans une certaine étendue.

Tête. On trouva un très léger épanchement de sérosité rose, dans l'arachnoïde supérieure du côté droit ; une infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable et universelle ; une cuillerée environ de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux. Le cerveau était humide, d'une bonne consistance. Le reste de l'encéphale parfaitement sain.

Cou. Les membranes muqueuses du larynx et de la trachée-artère étaient dans l'état normal ; celle des gros tuyaux bronchiques, d'un rose tendre.

Poitrine. Des adhérences celluleuses très circonscrites unissaient le poumon et la plèvre du côté droit. Il n'y avait nul épanchement. — Les poumons étaient roses et légers antérieurement ; leur lobe inférieur était d'un rouge pâle en arrière, dur, non grenu; ne laissait pas écouler de liquide à la coupe, restait à fleur d'eau.—Le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel. — L'estomac avait un médiocre volume, contenait un peu de bile et quelques mucosités. Sa membrane interne était légèrement tachée de rouge dans le grand cul-de-sac, veloutée, d'une consistance et d'une épaisseur convenables, dans toute son étendue. — Le duodénum était sain. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle et parfaitement saine dans toute sa longueur. Il en était de même des plaques elliptiques de l'iléum, qui, toutes, étaient minces, blanches, ou légèrement tiquetées de gris, comme dans l'état naturel. — La membrane muqueuse du gros intestin était blanche, ramollie dans le colon droit, puis elle augmentait assez rapidement de consistance. — Les glandes mésentériques étaient pâles, petites et saines. — Le foie avait un médiocre volume, une couleur fauve, graissait le couteau. — La rate était dans l'état naturel. — Le rein gauche était un peu bosselé, sans altération appréciable. Il ne restait, de celui du côté droit, que le sommet, qui était parfaitement sain; et l'on ne trouvait plus au-dessous qu'un sac membraneux, demi-transparent, formé par l'enveloppe extérieure du rein et la membrane interne du bassinet, contenant un liquide d'odeur et de couleur d'urine. La muqueuse du bassinet était un peu épaissie, et l'uretère correspondant, du volume du petit doigt, s'ouvrait, par un orifice béant, dans la vessie. — Le reste était sain.

Ce fait offre, comme on voit, la réunion de presque tous les symptômes les plus caractéristiques de l'affection typhoïde. Au début, diarrhée, alternative d'assoupissement et de délire; un peu plus tard, douleurs de ventre, météorisme plus ou moins prononcé, qui persiste jusqu'à la mort; puis, eschare au sacrum et aux grands trochanters, retour du délire. Que fallait-il de plus pour donner la certitude que le sujet était atteint de l'affection typhoïde, et qu'on trouverait, à l'ouverture de son corps, les plaques elliptiques de l'intestin grêle plus ou moins profondément altérées? Cependant ces plaques et les glandes mésentériques qui leur correspondent, étaient saines; à part une petite étendue de la membrane muqueuse du colon, tout le canal intestinal était dans l'état naturel; et comment admettre, alors, que le malade observé ait eu l'affection typhoïde? A la vérité le sujet n'étant mort qu'après cinquante-cinq jours de souffrance, on pourrait croire que l'altération des plaques elliptiques a disparu, et dire que leur intégrité ne prouve rien. Encore que la chose ne soit pas impossible et qu'une semblable supposition pût tout concilier, je ne la crois pas admissible, dans l'état actuel de la science; vu que quelques-uns des sujets, dont il a été question antérieurement, sont morts après un espace de temps à peu près aussi considérable, sans que les traces de la maladie fussent effacées

On dira peut-être encore que le malade qui nous occupe étant beaucoup plus jeune que les autres, je compare des choses peu comparables; que l'altération qui ne serait pas effacée, dans un certain espace de temps, chez un homme de trente ans, a pu disparaître, dans le même intervalle, chez un enfant. Cette objection n'est pas sans force, assurément; mais elle ne peut pas établir le fait dont il s'agit, la lésion spéciale des cryptes agminées de l'iléum; elle montre seule-

ment qu'il convient de ne pas la rejeter d'une manière absolue. C'est à ceux qui s'occupent de la médecine des enfants qu'il appartient de résoudre ce problème, de nous faire connaître la plus ou moins grande rapidité avec laquelle la nature répare les altérations de l'intestin dans le jeune âge.

Tout serait concilié, disais-je tout à l'heure, si l'on pouvait démontrer, dans le cas dont il s'agit, que les plaques elliptiques ont été altérées : car si elles ne l'ont pas été, à quel organe, à quelle lésion rapporter les premiers symptômes? La membrane muqueuse du colon n'était ramollie que dans une petite longueur, et on ne peut lui attribuer, avec certitude, la diarrhée des premiers temps, encore moins le délire. On ne peut pas voir, non plus, dans les premiers symptômes, la preuve d'une hydrocéphale aiguë, et la quantité de sérosité qui existait, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ou dans les ventricules latéraux, n'était que dans la proportion de la durée de l'agonie. La lésion du rein gauche était certainement ancienne, et l'état gras du foie ne donne pas lieu aux symptômes observés avant le développement des eschares.

Quoi qu'il en soit, quand le problème dont il s'agit serait résolu négativement ; quand il serait démontré que les plaques elliptiques n'ont pas été altérées, ce fait ne diminuerait en rien la certitude des caractères anatomiques attribués à l'affection typhoïde, ne prouverait nullement qu'elle est indépendante de l'altération des cryptes agminées de Peyer. N'a-t-on jamais vu, dans le jeune âge surtout, une affection en simuler une autre, presque parfaitement? Et pourquoi n'arriverait-il pas dans l'affection typhoïde ce qui arrive dans d'autres maladies? Si un individu venant à succomber à une affection prise pour une péripneumonie, on n'en trou-

vait aucune trace à l'ouverture du corps, on ne soutiendrait pas, contre le témoignage des organes, que le sujet a éprouvé une péripneumonie; on dirait que cette maladie a été simulée, que la véritable a été masquée; on n'en conclurait rien contre les caractères anatomiques de la péripneumonie. Ce qu'on ferait pour cette affection, il faut le faire pour celle qui nous occupe spécialement, sans quoi ce serait avoir deux mesures, et substituer le caprice à la raison.

Ces raisonnements n'ont pas été acceptés par tous les médecins, et voici comment M. Dalmas s'exprime à ce sujet (1) : « Le nœud tout entier de cette question est dans les trois observations que M. Louis donne pour des affections typhoïdes simulées. » Pour nous, ce sont des affections typhoïdes légitimes. La grande raison de M. Louis, c'est que les glandes de Peyer étaient saines; mais, à notre avis, il argue de ce qui est en question. Vous vous proposez d'examiner si, dans le groupe de symptômes appelés fièvre typhoïde, etc., il y a une lésion constante, et lorsque la lésion qui s'est rencontrée le plus souvent vient à manquer, au lieu d'en tirer la conclusion qu'elle n'est pas constante, vous en déduisez qu'il ne s'agissait pas alors de fièvre typhoïde, et cela parce que ce que vous appelez l'altération caractéristique, manquait. Mais la question est précisément de savoir si cette altération est caractéristique ou ne l'est pas ; nous croyons que cette manière de raisonner n'est pas rigoureuse.

La réponse à cette argumentation a été faite par M. Valleix, qui s'exprime ainsi (2) : « Quelque spécieuse que soit l'argumentation de M. Dalmas, nous ne pouvons entière-

(1) *Journal hebdomadaire des sciences médicales*, t. 1, *p.* 599.

(2) *Archives générales de médecine*, janvier 1839. *Considérations sur la fièvre typhoïde et principalement sur la détermination de ses caractères anatomiques essentiels.*

ment nous y rendre. Si M. Louis n'avait pas pris la précaution d'établir sur un grand nombre de faits la valeur caractéristique de la lésion des plaques, avant de se décider à regarder le malade en question, celui qui fait l'objet de la 52e observation, comme non atteint d'une véritable fièvre typhoïd ; s'il s'était seulement borné à donner à cette lésion le nom de caractéristique, l'objection de M. Dalmas serait irréfutable. Mais M. Louis a fait tout le contraire, et c'est après avoir démontré la constance de la lésion, que, ne la trouvant pas dans un cas isolé, il a pensé qu'il avait été trompé par les apparences. Or, c'est ce qu'on fait tous les jours en pathologie. On croit avoir observé tous les symptômes du croup ; on a même été sur le point de pratiquer la trachéotomie, comme le fait a eu lieu de la part de praticiens très exercés : le sujet meurt, et il n'y a pas de fausses membranes. Que dit-on alors ? qu'il y a eu croup sans fausses membranes ? Non certainement ; mais que le croup a été simulé par une laryngite spasmodique, striduleuse, et qu'il y a eu pseudo-croup ; en un mot, que le diagnostic a été erroné. N'en fait-on pas de même pour l'ensemble des symptômes de la méningite, à la suite desquels on n'a pas trouvé l'inflammation des méninges ? En chirurgie, ne cite-t-on pas des cas dans lesquels, tous les symptômes rationnels d'un calcul existant, et même les signes sensibles, entre autres le choc de la sonde contre un corps résistant, on a taillé les malades sans trouver de pierre ? Quelle conclusion en a-t-on tirée ? Que dans de certaines circonstances les hommes les plus habiles sont nécessairement induits en erreur. Toute autre conclusion eût été inadmissible. Cette manière de raisonner est donc généralement admise pour toutes les maladies dans lesquelles le rapport intime entre l'altération organique et les symptômes, a été mis hors de doute ; et tel nous semble

être le cas de la fièvre typhoïde après tous les travaux modernes.

» Les faits ultérieurs sont d'ailleurs venus prouver que la manière dont M. Louis a interprété cette espèce d'anomalie est la bonne. Dix ans se sont passés depuis l'époque où M. Dalmas a élevé ses doutes, et, depuis dix ans, malgré le nombre immense de cas de fièvre typhoïde dans lesquels on a pu constater l'état de l'intestin, on n'a guère entendu parler de ces faits exceptionnels ; MM. Louis, Chomel, Bouillaud n'en ont pas trouvé un seul. Est-il raisonnable d'admettre que, si la fièvre typhoïde pouvait exister en l'absence de l'altération spéciale des follicules, on pût traverser un si grand nombre d'années sans que, de tous côtés, il arrivât de nombreux démentis aux résultats obtenus par M. Louis? De nos jours, les praticiens ont appris à mieux distinguer l'affection typhoïde de toutes les autres maladies fébriles, et de là vient, sans doute, que la constance de ses *lésions* ne se dément plus comme autrefois.

» Poursuivant ses objections, M. Dalmas ajoute : « Vous dites que si l'on observait tous les symptômes de la péripneumonie aiguë sur un sujet, et qu'à l'ouverture du cadavre on trouvât le poumon sain, on dirait qu'il y avait péripneumonie simulée ; je crois, moi, qu'il faudrait dire que, dans ce que nous appelons péripneumonie, les signes sur lesquels nous nous fondons pour dire que le poumon est malade sont faux. »

Nous pensons, continue M. Valleix, que M. Dalmas va beaucoup trop loin. Prenons un exemple, non pas dans les suppositions, mais dans la réalité, dans ce qui a été observé et bien observé. On trouve, dans la *Presse médicale* (1837), une observation de M. Grisolle, dans laquelle tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale sont clairement réunis.

Dans la même année, un fait absolument semblable fut observé dans le service de M. Louis, à la Pitié : l'hémiplégie dura jusqu'à la mort, et à l'ouverture des cadavres on eut beau chercher dans les plus petites portions du cerveau, on ne trouva absolument aucune lésion appréciable, pas plus que dans ses membranes. Faut-il en conclure que les signes de l'hémorrhagie cérébrale sont faux? Cette pensée ne viendra à l'esprit de personne. On dira seulement que dans ces cas, comme dans les affections typhoïdes simulées, les apparences ont été tout à fait trompeuses, et l'on redoublera d'attention dans l'observation des malades, pour chercher quelque signe caché propre à faire éviter l'erreur.

ARTICLE V.

Le typhus des camps et armées et l'affection typhoïde, sont-ils une seule et même maladie ?

On sentait vivement, depuis plusieurs années, la nécessité de faire des recherches comparatives sur l'affection typhoïde et sur le typhus, quand l'Académie royale de médecine, dans sa séance du 27 juin 1835, mit au concours la question suivante : « Faire connaître l'analogie et les différences » qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde, dans » l'état actuel de la science. »

L'examen de cette question donna lieu à des travaux importants, parmi lesquels l'Académie a surtout distingué le Mémoire de M. Gaultier de Claubry (1).

Malgré le vague des descriptions faites par les auteurs, et le petit nombre d'observations données par M. Gaultier

(1) Voyez *Mémoires de l'Acad. roy. de médecine*, Paris, 1838, t. VII, de la page 1 à la page 185.

de Claubry, on est obligé de reconnaître, avec lui, que les symptômes observés dans les diverses épidémies de typhus qui ont eu lieu à la suite des armées, ou dans les hôpitaux, depuis plus de quarante ans, sont ceux de l'affection typhoïde. Car dans ces épidémies, comme dans cette dernière maladie, la diarrhée est un des premiers symptômes observés; les douleurs de ventre et le météorisme sont comptés parmi les accidents les plus ordinaires; les taches roses, lenticulaires, quelquefois accompagnées de pétéchies, sont signalées par la plupart des observateurs qui ont traité du typhus. Les hémorrhagies nasales, la dureté de l'ouïe, le trouble de la vue, sont peut-être aussi fréquents dans cette dernière maladie que dans l'affection typhoïde elle-même. Je dis, peut-être; parce que les auteurs n'ayant pas procédé, dans leurs descriptions, au moyen de l'analyse numérique, on n'a, sur ce point, comme sur les autres, que des à peu près. La somnolence, la stupeur et le délire font partie presque nécessaire de l'ensemble des symptômes du typhus et de la fièvre typhoïde. Dans l'un et dans l'autre, on observe la plus grande variété dans la marche de la maladie, tantôt lente, tantôt rapide : et s'il n'a été donné à aucun médecin, depuis que l'affection typhoïde est bien connue, de voir cette maladie aussi promptement funeste que le typhus, dans nombre de cas; on peut croire que cela tient à la différence des causes prédisposantes, tantôt plus, tantôt moins graves, et plus graves de beaucoup, assurément, dans une foule de cas de typhus, que dans l'affection typhoïde. L'âge des sujets atteints de l'une ou de l'autre maladie, paraît être généralement le même : et si l'on compte quelques cas de typhus développés chez des sujets qui avaient dépassé cinquante-cinq ans, ces cas sont rares, à ce qu'il paraît; et, en admettant qu'il n'y ait pas eu dans

le petit nombre d'entre eux erreur de diagnostic, la différence dont il s'agit pourrait encore bien s'expliquer par la différence bien réelle du degré des causes qui président au développement des deux affections qui nous occupent, sans qu'on pût en conclure une différence quelconque dans leur nature. Ajoutons, comme nouveau trait de ressemblance entre le typhus et l'affection typhoïde, qu'à quelques exceptions rares près, ces deux maladies n'attaquent qu'une fois le même individu.

A la vérité, l'état des viscères des individus qui ont succombé dans les différentes épidémies de typhus, a souvent été négligée; et, dans ces cas, le moyen le plus sûr et le plus facile de s'assurer de l'identité ou de la dissemblance du typhus et de l'affection typhoïde, nous échappe. Mais aussi, comme l'observe M. Gauthier de Claubry, dans les cas où l'étude dont il s'agit n'a pas été entièrement négligée, on a signalé une coloration rouge, livide, violette, noirâtre, de quelques points de l'intestin grêle considéré à l'extérieur ; et, à l'intérieur, dans les points correspondants, des eschares gangréneuses, des ulcérations, disent les auteurs les moins précis; tandis que MM. Ducastaing, Pellerin et Magnin parlent d'érosions pénétrant plus ou moins profondément à travers les tuniques intestinales, entourées de bords élevés et indurés. MM. Ducastaing et Pellerin signalent, en outre, la tuméfaction, le ramollissement, l'aspect gris rougeâtre des ganglions mésentériques, dans les portions du mésentère qui correspondent aux ulcérations intestinales : en sorte, que ces descriptions, bien que très incomplètes assurément, semblent néanmoins confirmer, pour leur part, ce que l'étude comparée des symptômes indique, *l'identité* du typhus et de l'affection typhoïde.

On ne saurait trop s'étonner, toutefois, en admettant cette identité, qu'un accident formidable, la perforation de l'intestin grêle, dont il sera bientôt question, n'ait pas fixé l'attention de ceux qui ont décrit des épidémies de typhus. Et ce fait n'est pas un de ceux qui parlent le moins haut en faveur de l'anatomie pathologique, même de cette anatomie grossière, en quelque sorte, et qui n'exige pas beaucoup de peine ni de temps.

Que si le typhus, ou la maladie à laquelle on a donné ce nom, a été observé, dans ces derniers temps, à Toulon et à Rochefort, sans que tous les malades qui ont succombé, alors, aient offert, à l'ouverture de leurs corps, l'altération spéciale des plaques de Peyer, qui caractérise anatomiquement l'affection typhoïde, et sans doute aussi le typhus; cela ne prouve pas la non-identité du typhus et de l'affection typhoïde; cela indique seulement l'existence simultanée de deux maladies graves : et le lecteur verra, par la lecture de l'article suivant, que la ressemblance dans les symptômes pourrait être considérable, au premier abord, sans qu'il y eût identité, à beaucoup près.

ARTICLE VI.

Le *typhus fever* (fièvre continue des Anglais) et l'affection typhoïde, sont-ils une seule et même maladie?

Depuis que les caractères anatomiques et symptomatiques de l'affection typhoïde ont été fixés avec précision en France, les médecins de tous les pays ont cherché à en vérifier l'exactitude. Les plus distingués de l'Angleterre se sont aussi appliqués à cette recherche; et, comme parmi les malades qui leur ont paru avoir éprouvé tous les symptômes de l'affection typhoïde, les uns ont offert, après la mort, l'alté-

ration décrite des plaques de Peyer, tandis que chez d'autres cette altération n'existait pas ; ils en ont conclu qu'elle n'avait pas l'importance que je lui ai attachée, qu'elle n'était pas essentielle à l'affection typhoïde, que celle-ci pouvait très bien exister sans elle. Des médecins du continent, parmi lesquels il faut surtout citer M. Lombard, de Genève, et M. Dalmas, se rangèrent, après avoir visité l'Angleterre, de l'avis des médecins de Londres, d'Édimbourg et de Dublin ; eux qui connaissaient parfaitement les caractères anatomiques et symptomatiques de l'affection typhoïde, qui avaient toujours vu la lésion des plaques de Peyer correspondre aux symptômes qui appartiennent à cette affection, soit à Genève, soit à Paris. De manière que l'incertitude qui n'existait plus, depuis la publication de mes recherches, que chez un petit nombre de médecins, menaçait de faire des progrès, quand, heureusement, parurent les travaux des médecins américains, les observations recueillies en Angleterre par M. Shattuck, de Boston, et les remarques judicieuses publiées par M. Valleix à leur sujet (1).

Toutefois, avant la publication de ces derniers travaux, comme à l'époque de la première édition de mes recherches, le doute élevé sur la valeur de l'altération des plaques de Peyer, dans l'affection typhoïde, ne m'a jamais paru fondé. La 52e observation des recherches dont il s'agit est bien relative à un individu fort jeune, qui succomba après avoir éprouvé la *plupart* des symptômes de l'affection typhoïde, sans que les plaques elliptiques de l'intestin grêle fussent affectées : mais j'avais montré que ce fait unique ne prouvait rien contre l'unanimité des faits analysés, et j'en avais seulement conclu qu'il y avait eu, dans ce cas, erreur de dia-

(1) *Archives générales de médecine*, t. 52.

gnostic. Un peu plus tard, quelques observations réunies par M. Andral, furent citées, par lui, comme la preuve que les symptômes de l'affection typhoïde peuvent exister sans la lésion des plaques de Peyer. Mais dans un article aussi remarquable pour la forme que pour le fond, M. Valleix a montré que les huit observations du célèbre professeur de pathologie, se réduisent à une, qu'on pourrait citer comme exemple *probable* d'affection typhoïde sans lésions; que les autres appartiennent à des catégories différentes ; et il a remarqué, comme je l'ai dit plus haut, que depuis dix ans, malgré le nombre immense de cas d'affection typhoïde dans lesquels on a pu constater l'état de l'intestin, on n'a pas entendu parler de nouveaux faits exceptionnels ; ce qu'il attribue, avec raison, à ce que, de nos jours, les praticiens ont mieux appris à distinguer l'affection typhoïde de toutes les autres maladies fébriles; et il conclut que, dans les deux cas publiés par M. Andral et par moi, il y a eu tout simplement erreur de diagnostic (1).

Mais les cas de cette espèce fussent-ils plus nombreux, je n'en adopterais pas davantage la manière de voir que je combats ; je ne placerais pas au nombre des cas d'affection typhoïde, ceux dans lesquels l'intestin grêle est sain , les symptômes observés eussent-ils une plus grande ressemblance avec ceux de l'affection typhoïde que les symptômes de l'observation que j'ai recueillie moi-même. Bien plus, si l'on venait un jour à observer un fait dans lequel tous les symptômes *actuellement* connus de la fièvre typhoïde existeraient, sans que les plaques de Peyer fussent altérées, je ne placerais pas ce fait parmi ceux de fièvre typhoïde ; pas plus, comme le dit M. le Dr Valleix, qu'on ne classerait parmi

(1) *Archives générales de médecine*, vol. 50, page 82.

les hémorrhagies cérébrales, une hémiplégie dans laquelle les symptômes ayant été ceux qui accompagnent ordinairement l'hémorrhagie cérébrale, le cerveau aurait été trouvé sain. Comment, en effet, ne pas voir dans la constance de l'altération des plaques elliptiques de Peyer, chez les individus emportés par l'affection typhoïde, et surtout dans la *régularité* du développement de cette altération, la preuve qu'elle ne peut pas être considérée comme accidentelle, qu'elle est essentielle à l'affection qui nous occupe? Cette régularité est telle, en effet, qu'on ne la rencontre, au même degré, dans aucune des lésions qui caractérisent les autres affections aiguës. Que, par exemple, un malade soit atteint d'une pneumonie, l'inflammation du parenchyme pulmonaire ne commence pas nécessairement par la base ou par le sommet de l'un des poumons ; elle commence indifféremment, pour ainsi dire, par l'un ou par l'autre. Qu'un sujet soit affecté d'un ramollissement du cerveau, ce ramollissement ne débutera pas nécessairement par telle ou telle partie de l'organe : tantôt sa superficie sera primitivement affectée, tantôt un de ses points profondément situés, tantôt les parties centrales, tantôt l'un ou l'autre hémisphère. J'en dirai autant de l'inflammation des autres organes parenchymateux, de celle des méninges, des membranes muqueuses qui tapissent les voies digestives ou aériennes, etc., etc.; tandis que l'altération des plaques de Peyer qui forme le caractère anatomique de l'affection typhoïde, débute constamment par le même point, près du cœcum, non-seulement chez l'adulte, mais aussi chez l'enfant. De manière que dès à présent, et sans aller plus loin, il faut reconnaître que toute affection aiguë qui ne s'accompagne pas, dans son cours, de l'altération spéciale des plaques de Peyer, n'est pas une affection typhoïde, alors même qu'on ne trouverait

pas à l'autopsie les traces d'une autre affection; qu'ainsi le *typhus fever* des Anglais est nécessairement une maladie très différente de celle qui nous occupe.

Ces considérations sont trop simples, elles reposent sur des faits trop bien constatés, pour qu'on pût craindre de les voir démenties, un jour, par l'observation : aussi l'observation a montré, que, si l'on voit tous les jours en Angleterre des exemples d'une maladie aiguë, semblable, en apparence à l'affection typhoïde, et dans laquelle cependant les plaques de Peyer sont saines, c'est qu'il y a en Angleterre deux maladies, dont l'expression symptomatique, pour offrir plusieurs points de ressemblance, n'est cependant pas identique à beaucoup près; que l'une d'elles s'accompagne constamment de la lésion indiquée des plaques de Peyer, tandis que cette lésion n'a jamais lieu dans l'autre : et la différence qui existe entre les symptômes de ces deux maladies aurait certainement frappé les observateurs, si, moins préoccupés des idées anciennes sur les fièvres, ils se fussent laissés guider par l'observation. Quelques mots suffiront pour le prouver.

Il est inutile, pour atteindre ce but, de chercher à apprécier les faits recueillis par les médecins anglais eux-mêmes; il me suffira de rappeler, d'une manière succincte, ceux qui ont été observés au mois de février de l'année dernière, à Londres, par M. le docteur Shattuck, de Boston, et qui ont été analysés par M. le docteur Valleix, avec le soin que méritait un aussi bon observateur (1).

Les faits dont il s'agit sont au nombre de treize; sept d'entre eux sont relatifs à des malades dont les deux plus âgés avaient quarante et un ans; les autres, de vingt à vingt-quatre. Ces sept malades éprouvèrent tous les symptômes de

(1) *Arch. de med.* p. 52.

la fièvre typhoïde, tels que nous les observons en France; notamment la diarrhée, les douleurs de ventre, ordinairement dès le début, le météorisme de l'abdomen, les taches roses, lenticulaires; et, l'un d'eux ayant succombé, on trouva, à l'ouverture de son corps, les plaques elliptiques de l'intestin grêle profondément altérées, les glandes mésentériques rouges, volumineuses et ramollies, la rate également fort ramollie, etc., etc., c'est-à-dire qu'on trouva, chez ces sujets, et les symptômes de l'affection typhoïde, et les lésions qui en forment le caractère anatomique.

Les six autres observations de M. Shattuck sont relatives à des malades dont trois avaient de cinquante à cinquante-huit ans; les autres, de vingt-huit à trente. Ces malades éprouvèrent, comme les premiers, un certain degré de stupeur, un mouvement fébrile plus ou moins considérable, de telle sorte, néanmoins, que leur pouls n'eut jamais beaucoup de développement; quelquefois du délire, un affaiblissement considérable. Mais, à l'inverse des premiers sujets, ils n'eurent pas de douleurs de ventre, pas de diarrhée, ou seulement à la suite de quelques purgatifs; ils n'eurent que bien rarement du météorisme, toujours à un faible degré, dans les cas où il eut lieu; et, en place des taches roses, lenticulaires, légèrement saillantes, facilement effaçables par la pression, peu nombreuses, de l'affection typhoïde; c'était des taches d'un rouge brun, ordinairement plus petites que les taches typhoïdes, non saillantes, non effaçables ou très incomplétement effaçables par la pression, nombreuses, universelles, souvent disposées par groupes, visibles encore après la mort; de manière que, sur le cadavre, l'épanchement de sang qui les formait, pénétrait le derme et le tissu cellulaire sous-jacent. Et, quatre de ces sujets ayant succombé, les plaques elliptiques de Peyer et les glandes

mésentériques furent trouvées dans un état d'intégrité parfait ; la rate volumineuse et ramollie dans un cas seulement.

Ainsi, et dès le début, il y avait, dans un groupe de malades, des symptômes *locaux*, des accidents plus ou moins graves du côté de l'abdomen, qui permettaient de localiser l'affection pendant la vie; tandis que, dans l'autre groupe, ces symptômes n'avaient pas lieu, ou se développaient tardivement sous l'influence de quelques purgatifs. Et, le lecteur en conviendra sans peine, si l'on devait compter sur une lésion plus ou moins marquée des plaques de Peyer, chez les premiers sujets, on ne devait pas s'y attendre chez les seconds. L'éruption était d'ailleurs, comme on a vu, bien différente dans les deux séries des malades ; leur âge n'était pas non plus le même, à beaucoup près. On ne devait donc, soit pendant la vie, soit après la mort, confondre les deux groupes de sujets observés à Londres par M. Shattuck. Ce que le raisonnement forçait d'admettre, l'observation directe l'a démontré ; et il faut reconnaître, désormais, qu'il existe en Angleterre, et à Londres en particulier, deux affections fébriles confondues jusqu'ici, mais réellement très distinctes, qui ne se ressemblent que par les phénomènes généraux ; dont l'une n'atteint que les jeunes sujets, s'accompagne de phénomènes locaux du côté de l'abdomen, ordinairement dès le début, puis d'une éruption de taches roses, lenticulaires : tandis que les symptômes locaux, la diarrhée, le météorisme, manquent plus ou moins complétement dans l'autre, qui s'accompagne d'une éruption très différente de la première, beaucoup plus nombreuse aussi, et atteint les sujets de tout âge. Il est tout simple, dès lors, qu'on trouve, après la mort de ceux qui ont succombé à la première de ces affections, une altération des plaques de Peyer qui n'existe pas dans l'autre ; et le mer-

veilleux serait, maintenant, que l'intestin grêle fut dans le même état dans ces deux maladies, dont les symptômes diffèrent si essentiellement.

Sans doute les faits recueillis par M. Shattuck sont peu nombreux, et ils sont, par cela même, insuffisants, il faut le reconnaître, pour qu'on puisse s'élever, par eux, à la connaissance exacte de l'affection typhoïde et du *typhus fever*, tels qu'ils existent en Angleterre : mais, ayant été recueillis sans choix et avec beaucoup d'exactitude, ils suffisent pour résoudre la question qui nous occupe. Les conséquences qui en découlent sont d'ailleurs confirmées par d'autres faits semblables, recueillis avec un soin égal, par des observateurs non moins habiles, M. Gérhard et M. Pennok, de Philadelphie, qui ont, comme M. Shattuck, approfondi l'étude de l'affection typhoïde à Paris. Ces faits sont relatifs à l'épidémie du *typhus fever* qui a régné à Philadelphie en 1835, et dont M. Gérhard a exposé les principaux résultats dans un mémoire important que les journaux américains ont fait connaître (1).

Ces résultats sont tirés de l'histoire de deux cent cinquante malades observés et traités par M. Gérhard et par M. Pennock, à l'hôpital de Philadelphie. Sur ces deux cent cinquante malades, cinquante ont succombé ; et, à l'époque à laquelle le *typhus fever* fut observé, il n'y avait que quelques cas d'affection typhoïde dans l'hôpital. Chez les malades dont il s'agit, comme chez ceux qui étaient atteints du *typhus fever*, et que M. Shattuck a observés à Londres, il n'y eut pas de symptômes locaux au début, pas de coliques ; et la diarrhée, quand elle eut lieu, ne se montra que pen-

(1) Voyez dans l'*Expérience*, t. 1, p. 241 et suivantes, la traduction de ce mémoire par M. Bell.

dant les grandes chaleurs de l'été, alors que la dyssenterie était en quelque sorte épidémique : il n'y eut pas de météorisme, ou bien rarement, et toujours alors à un faible degré. Des taches violacées, brunâtres, non saillantes, avec les autres caractères indiqués plus haut, furent observées dans presque tous les cas : la stupeur, la prostration des forces, la dureté de l'ouïe, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, eurent lieu chez un grand nombre de sujets : et, chez ceux qui succombèrent, on trouva les plaques de Peyer dans l'état naturel, la membrane muqueuse de l'intestin grêle parfaitement saine, à part quelques petites ecchymoses, dans divers points de son étendue, chez quelques sujets : le gros intestin n'était pas en moins bon état que l'intestin grêle; sa membrane muqueuse et celle de l'estomac offraient à peine, dans quelques cas, un léger ramollissement; les glandes mésentériques étaient saines chez tous les sujets; la rate n'offrait d'altération appréciable que dans la moitié des cas, et, dans un sixième seulement, elle était à la fois ramollie et augmentée de volume. De manière que dans l'épidémie de Philadelphie, comme dans les cas observés, à Londres, par M. Shattuck, non-seulement les plaques de Peyer étaient saines, mais aussi la membrane muqueuse qui les sépare; et celles du gros intestin et de l'estomac n'offraient que rarement quelques légères lésions, étant, dès lors, bien plus souvent dans l'état naturel, que dans l'affection typhoïde et dans les autres maladies aiguës.

Ce n'est pas tout; les autres viscères, à part les poumons qui étaient assez fréquemment splénisés, n'offraient, comme les organes de la digestion, que des lésions bien faibles et bien rares tout à la fois; et aucune d'entre elles n'avait lieu dans tous les cas : de manière qu'il est vrai de dire que non-

seulement le *typhus fever* n'a pas, comme l'affection typhoïde, son siége dans les organes de la digestion, mais qu'on ne peut lui en assigner aucun, qu'il n'a, jusqu'ici, aucun caractère anatomique; et l'on se trouve naturellement conduit, par cela même, à dire, avec M. Valleix, que le *typhus fever* pourrait être considéré comme une fièvre essentielle.

Enfin, et c'est un fait bien remarquable, malgré la stupeur, la prostration des forces, et l'altération assez marquée que paraît offrir le sang pris sur le cadavre de ceux qui ont succombé au *typhus fever*, MM. Shattuck, Gérhard et Pennock n'ont trouvé d'ulcération dans aucun des organes de ceux qui ont été emportés par cette maladie, quelqu'exactes et multipliées qu'aient été leurs recherches. Et on a vu plus haut, dans la seconde partie de cet ouvrage, combien ces ulcérations sont fréquentes dans le cours de l'affection typhoïde, qui paraît imprimer, à cet égard, une disposition profonde aux tissus de l'économie.

Ainsi, sous le point de vue anatomique, le *typhus fever* diffère de l'affection typhoïde, non-seulement parce que les plaques de Peyer restent saines chez les sujets qui en sont atteints; mais encore, parce que les lésions secondaires sont très rares dans son cours, et parce qu'il semble plutôt préserver de l'ulcération les membranes muqueuses qui tapissent les différents organes de l'économie, que les y disposer.

Comment rapprocher, désormais, des affections qui offrent des différences si essentielles, sous le rapport des symptômes et des lésions ?

Les différences dans les symptômes sont telles, qu'au milieu de l'épidémie qu'ils ont observée à Philadelphie, il ne paraît pas que MM. Gerhard et Pennock, après avoir re-

connu son caractère, se soient trompés une seule fois dans leur diagnostic; qu'ils aient confondu une seule fois l'affection typhoïde avec le *typhus fever;* et les bons élèves de l'hôpital ne se trompaient pas davantage. Cependant, dans l'épidémie de Philadelphie comme dans l'affection typhoïde, le trouble des fonctions des organes des sens était fréquent, et ce point de ressemblance entre ces deux maladies n'existait pas chez les sujets observés par M. Shattuck, à Londres; en sorte qu'on doit se demander si le trouble des fonctions des organes des sens, observé dans le typhus de Philadelphie, ne tenait pas à ce qu'il était épidémique : car il arrive tous les jours que l'expression symptomatique d'une maladie est plus ou moins altérée, quand elle règne sous forme épidémique. Si la différence qui nous occupe tenait à cette cause, le diagnostic différentiel du *typhus fever* et de l'affection typhoïde serait beaucoup plus facile qu'on ne serait porté à le conclure de ce qui précède; puisque, d'une part, il n'y aurait, en quelque sorte, ni trouble des fonctions des organes des sens, ni symptômes du côté des voies digestives, avec éruption de taches rouges livides, universelles : et, de l'autre, altération fréquente des fonctions des organes des sens, diarrhée, douleur de ventre, météorisme dans presque tous les cas, avec une éruption de taches roses, lenticulaires, peu nombreuses.

Sans doute, et à quelque degré d'exactitude que soit portée un jour la connaissance des symptômes et de la marche du *typhus fever*, on trouvera, par intervalles, des cas dans lesquels le diagnostic présentera des difficultés très grandes, peut-être même insurmontables : mais ces difficultés existent pour les maladies les mieux connues, les plus faciles à diagnostiquer dans l'immense majorité des cas; et cette objection n'a aucune valeur, ne diminue en rien l'exactitude

des réflexions qui précèdent. Sous ce rapport le *typhus fever* rentre dans la loi commune; tandis qu'il s'éloigne de toutes les maladies aiguës fébriles, par l'absence d'une lésion constante, d'un caractere anatomique quelconque, et parce que, dans son cours, il n'y a nulle proportion entre le mouvement fébrile et la fréquence des lésions secondaires.

CHAPITRE III.

DE LA PERFORATION DE L'INTESTIN GRÊLE (1).

Cette perforation qui, dans le cours des maladies aiguës, est propre aux malades atteints d'affection typhoïde, eut lieu chez huit des cinquante-cinq sujets que j'ai ouverts, ou dans la septième partie des cas où la maladie a eu une terminaison funeste (2); proportion considérable, et qui augmente l'étonnement qu'on éprouve en songeant qu'un accident si grave, ordinairement annoncé par les symptômes les plus formidables, est à peine connu d'un petit nombre de médecins, depuis quelques années, et encore ignoré du plus grand nombre.

Ordinairement unique, la perforation était quelquefois double ou triple (obs. 53), avait lieu dans le voisinage du cœcum, au milieu des plaques elliptiques ulcérées, et, dans la majeure partie des cas, chez des sujets dont l'affection ne paraissait pas offrir de gravité, ou était plus ou moins complétement latente (obs. 41, 42, 43, 44, 45); ce qui rendait

(1) Voyez, pour plus amples détails, mon Mémoire sur la perforation de l'intestin grêle (*Mémoires sur diverses maladies*, Paris, 1826, pag. 156 et suiv.), dont j'ai emprunté les deux observations de ce chapitre.

(2) Je compte ici les cas dont l'histoire n'était à peu près complète que sous le rapport anatomique.

les symptômes qui l'accompagnent encore plus saillants (1).

La perforation n'eut lieu qu'une fois, à 40 millimètres de la valvule iléo-cœcale, dans cette partie de l'iléum qui offre, dans tout son pourtour, une foule de petites plaques irrégulières dues à des cryptes, à la face antérieure de l'intestin, et non à l'opposite du mésentère, ainsi que je l'observai dans les autres cas.

L'époque de son apparition variait beaucoup. Elle eut lieu le douzième jour de l'affection dans un cas (obs. 54), le dix-huitième, dans deux autres (obs. 45, 53); du vingt-deuxième au quarante-deuxième, dans les cinq derniers (obs. 31, 41, 42, 43, 44).

Des symptômes extrêmement graves l'annoncèrent chez cinq sujets ; elle fut, pour ainsi dire, latente chez les trois autres, sans que la mort parût en être moins promptement la suite. Ces symptômes étaient une douleur vive et déchirante, ressentie *tout à coup* dans l'abdomen, bientôt suivie de la décomposition des traits, de nausées, de vomissements; ordinairement accompagnée de frissons et de tous les symptômes les plus caractéristiques d'une péritonite aiguë intense. On reconnut aisément, dans tous les cas où ces symptômes eurent lieu, quelle en était la source; de manière que si, dans le cours d'une affection typhoïde, forte ou légère, ou même dans des circonstances inattendues, la maladie ayant été latente jusque-là (obs. 41, 42, 43), il survenait *tout-à-coup*, chez un malade atteint d'une diarrhée, des douleurs de ventre exaspérées par la pression, accompagnées de la décomposition des traits, et, plus ou moins promptement,

(1) Des cas semblables avaient été observés, avant la première édition de cet ouvrage par M. Bretonneau, qui a vu succomber, au 18e jour, des malades dont l'affection, bien reconnue, n'avait inspiré, jusque-là, aucune crainte (*Archives générales de méd.* t. 10, p. 173).

de nausées et de vomissements ; il faudrait annoncer une perforation de l'intestin grêle.

La subite apparition d'une douleur violente de l'abdomen, accompagnée de l'altération de la physionomie, serait insuffisante, pour porter, avec toute la certitude possible, un pareil diagnostic ; il faut que la douleur soit exaspérée par la pression. Ainsi, j'ai vu mourir, en moins de trois jours, à l'hôpital de la Charité, une femme atteinte de phthisie pulmonaire encore peu avancée, qui offrait, pour toute lésion récente, à l'ouverture de son corps, une foule de taches rouges, lenticulaires, dans toute l'étendue de la membrane muqueuse du colon ; bien qu'elle eût éprouvé, dans toute leur violence, les symptômes indiqués. Mais la douleur de ventre n'avait pas été exaspérée par la pression.

Non-seulement cette exaspération est nécessaire, mais il faut encore, pour la sûreté du diagnostic, que la douleur s'étende plus ou moins promptement à tout l'abdomen. Le fait suivant en est la preuve. Il s'agit d'un homme de trente ans, que j'observai en 1823, à la Charité, où il était venu se faire traiter d'une maladie de l'estomac. Il offrait, effectivement, tous les symptômes d'une gastrite chronique ; mais, après quelques jours de repos, il fut pris subitement d'une violente douleur à l'épigastre, bientôt accompagnée de nausées, de vomissements, de l'altération des traits. Cette douleur, qui était exaspérée par la pression, occupait un espace peu considérable, fut toujours bornée à la région où elle s'était déclarée, eut, comme les autres symptômes, plus ou moins de violence pendant quatre jours, après lesquels le malade mourut. Et, à l'ouverture de son corps, on trouva, pour principale lésion, un épanchement considérable de sang derrière le péritoine, par suite de la rupture d'un anévrysme de l'artère cœliaque. Le sujet n'avait d'ailleurs

éprouvé, à aucune époque, de pulsations à l'épigastre, et je n'en avais pas senti non plus dans cette région, bien que je l'eusse palpée avec soin, à différentes reprises.

Sans doute le siége de la douleur devait écarter le soupçon d'une perforation de l'intestin grêle; mais l'anévrysme aurait pu avoir lieu et se rompre immédiatement au-dessus de la bifurcation de l'aorte, et alors le siége de la douleur ne pouvant plus éloigner l'idée d'une perforation de l'intestin grêle, il n'eût été possible d'éviter l'erreur qu'en faisant réflexion que la douleur restait bornée au point où elle s'était manifestée à son début, qu'ainsi elle n'avait plus le caractère de celle qui serait produite par l'épanchement d'un liquide quelconque dans la cavité péritonéale.

Toutefois, après avoir présenté les caractères que j'ai indiqués, la douleur peut diminuer assez promptement pour que les malades soient sans crainte sur leur situation (obs. 42, 44). Mais d'autres symptômes doivent empêcher le médecin de partager cette sécurité : les traits restent grippés, les nausées et les vomissements continuent ; ou bien la figure, sans être profondément altérée, est pâle et violacée, les malades éprouvent des frissons continuels, s'enveloppent le plus exactement possible dans leurs couvertures (obs. 54, 42), craignent le moindre déplacement, ont l'attitude d'un homme qui, ayant pris un bain froid, ne pourrait se réchauffer ; ce que j'ai observé au plus haut degré, dans un cas de perforation de l'intestin grêle par une balle qui l'avait traversé dans plusieurs points. En présence de pareils symptômes, on ne peut se départir de son diagnostic, surtout quand la douleur a été violente à son début et a persisté un certain espace de temps. Et l'amélioration serait beaucoup plus marquée, en apparence, qu'on ne devrait pas se désister de son premier jugement (obs. 43).

Si les symptômes dont il s'agit venaient à se déclarer dans d'autres circonstances, chez des sujets dont l'âge écarte tout soupçon d'affection typhoïde, etc.; on devrait encore annoncer une perforation, mais non de l'intestin grêle.

L'observation suivante est un exemple des symptômes qui nous occupent, à un remarquable degré.

LIIIme OBSERVATION.

Malaises indéfinissables pendant un mois, puis mouvement fébrile violent, spasmes de la gorge, et, au sixième jour, léger délire, et bientôt tous les symptômes d'une perforation. — Ulcérations dans l'intestin grêle, trois d'entre elles perforées; léger ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac; glandes mésentériques volumineuses et rougeâtres.

Une femme, âgée de vingt-six ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, d'une sensibilité assez vive, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 22 septembre 1822. Elle était à Paris depuis trois ans, et malade depuis huit jours. L'affection avait été précédée, pendant un mois, de malaises indéfinissables; avait débuté par un frisson violent suivi de chaleur, l'anorexie et la soif. Cet état, auquel se joignirent des spasmes à la gorge, se prolongea pendant quelques jours; le sixième, les idées de la malade furent parfois désordonnées; le septième, elle eut une céphalalgie assez intense et fut conduite à l'hôpital, où elle passa une partie de la nuit à crier. Elle n'avait point accusé de douleurs dans l'abdomen.

Le 23, sa figure était pâle et un peu altérée, quelquefois grimaçante, quelquefois calme et sans expression remarquable; il y avait des mouvements spasmodiques à la mâchoire inférieure; la malade, qui ne répondait que par monosyllabes, et ne semblait pas jouir constamment de sa

raison, satisfaisait assez bien aux questions de la sœur de service, assurait n'avoir de douleurs qu'aux pieds, où on lui avait appliqué des sinapismes pendant la nuit; sa langue était un peu gluante et d'une couleur naturelle; elle était sans soif, avait le ventre un peu météorisé et sensible à la pression, le pouls à quatre-vingt-dix, ni plein, ni dur, la chaleur élevée; la respiration assez fréquente; le bruit respiratoire était mêlé d'un râle sec et sonore, les crachats étaient assez liquides, et quelques-uns teints de sang; la toux était rare. *(Saignée de* 300 *grammes; lotions froides sur la tête; sinap.; vésicat. aux cuisses; limon.)*

Le calme se rétablit; il n'y eut de cris ni le jour ni la nuit; la malade causa un peu et raisonnablement avec les personnes qui vinrent la voir.

Cependant, le lendemain 24, sa figure exprimait l'anxiété; elle disait souffrir tantôt de tout le corps, tantôt de la tête seulement; les spasmes de la mâchoire inférieure persistaient, la bouche était remplie de mucosités épaisses, le ventre souple et insensible à la pression, la chaleur toujours élevée, le pouls un peu moins fréquent, plus développé que la veille; les crachats visqueux (*Id.*).

La malade fut assez tranquille, le reste du jour; mais, au milieu de la nuit, elle fut prise *tout à coup* d'une violente douleur de ventre, qui lui arracha des cris aigus.

Le 25, au moment de la visite : décomposition des traits, affaissement considérable, yeux ternes, visage plus pâle encore que de coutume, intelligence entière, langue sèche, en partie noirâtre et encroûtée, ventre météorisé, extrêmement douloureux. La douleur était brûlante, exaspérée par la moindre pression et par les boissons, le pouls médiocrement accéléré, petit et faible; la respiration plus fréquente que la veille : il n'y avait ni nausées, ni vomissements.

M. Chomel, qui avait reconnu la cause de la péritonite, prescrivit des émollients sous toutes les formes.

Les douleurs de ventre furent très vives le jour et la nuit, et bientôt il y eut des vomissements de bile.

Le 26, la malade répondait parfaitement bien aux questions; sa figure était entièrement décomposée, portait l'empreinte de la douleur et de l'abattement, était pâle, comme le reste du corps; ses dents et sa langue étaient sèches; elle avait des nausées continuelles; les selles, auparavant rares et difficiles, étaient nombreuses et liquides; l'hypogastre, extrêmement douloureux, tendu; le pouls, filiforme; les parties découvertes, froides.

La malade passa la nuit au milieu des cris et des vomissements, qui continuèrent jusqu'à la mort; c'est-à-dire jusqu'au lendemain 27, à six heures, cinquante ou cinquante-quatre heures après le début d'une péritonite extrêmement douloureuse.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Pâleur sans vergetures; rien autre chose de remarquable.

Tête. Veines cérébrales gorgées de sang; cerveau humide, d'ailleurs parfaitement sain.

Poitrine. Léger épanchement de sérosité rougeâtre dans la cavité des plèvres; infiltration séreuse, peu considérable, de la partie postérieure des poumons, du côté droit surtout. — Le cœur et l'aorte dans l'état normal.

Abdomen. Une petite incision faite aux parois de l'abdomen en laissa échapper un gaz sans odeur. L'épiploon recouvrait tout l'intestin grêle, et y adhérait faiblement. Un liquide trouble et roussâtre, contenant des flocons albumi-

neux, remplissait le petit bassin et se répandait jusqu'à la face concave du foie. Les circonvolutions intestinales adhéraient entre elles, au moyen de fausses membranes jaunâtres et molles. Sur l'iléum, à 80 millimètres du cœcum, on voyait un trou de 4 millimètres de diamètre, placé au centre de l'une des ulcérations qui s'y trouvaient : deux autres plus petits existaient au-dessus. Autour de tous trois le péritoine était d'un rouge clair, dans la largeur de 11 millimètres. A l'intérieur, la membrane muqueuse avait une teinte jaune, verdâtre, fort légère, une épaisseur et une consistance convenables, et elle offrait, à sa terminaison, près du cœcum, dans la longueur d'un demi-mètre, dix ulcérations. Celles-ci avaient 18 à 22 millimètres de largeur, des bords anguleux, saillants et grisâtres, formés par l'épaississement de la muqueuse des plaques elliptiques sur lesquelles elles se trouvaient, et par celui du tissu cellulaire correspondant. Leur fond était pâle, formé par la membrane musculaire saine, encore recouverte, dans la plupart des points, par une lame mince de tissu cellulaire. Enfin, ces membranes et la péritonéale étaient détruites, dans les points où se trouvaient les perforations. — Les glandes mésentériques, correspondantes aux plaques elliptiques altérées, étaient volumineuses et rougeâtres. — La membrane muqueuse du gros intestin n'offrait rien de remarquable. — Celle de l'estomac était pointillée de rouge, un peu ramollie dans le grand cul-de-sac, et saine ailleurs. — Le foie était dans l'état naturel ; la bile de la vésicule peu épaisse, d'une couleur très foncée. — La rate était volumineuse et ramollie.

La subite apparition de la douleur de ventre, son étendue, son augmentation par la pression, la décomposition des traits, puis les nausées et les vomissements, ne pou-

vaient laisser de doute sur l'existence d'une péritonite, ni sur la cause qui l'avait amenée. Et, dans un cas semblable, le doute sur cette cause serait d'autant moins proposable, qu'à une exception près, chez une femme atteinte de métrite puerpérale, je n'ai rencontré de péritonite, dans le cours des maladies aiguës, qu'à la suite de la perforation de l'intestin grêle, chez les sujets atteints d'affection typhoïde. Une péritonite développée dans le cours de cette maladie indique donc, d'une manière presque certaine, indépendamment de la violence de son début, l'existence d'une perforation.

Un fait qui me semble digne d'être remarqué, c'est que les mouvements spasmodiques cessèrent du moment où la perforation eut lieu, c'est-à-dire dans la circonstance qui aurait semblé la plus capable d'exciter des symptômes nerveux de toute espèce, et de rendre plus saillants ceux qui existaient.

L'affection suivit, d'ailleurs, sa marche accoutumée, les ulcérations les plus larges et les plus profondes étant les plus voisines du cœcum. Mais à quelle époque fixer le début de l'altération des plaques de Peyer ? Si l'on remarque que la couleur de ces plaques n'était pas celle qu'on observe chez les sujets qui périssent aussi rapidement qu'il faudrait l'admettre, si l'on plaçait le début de la maladie au moment où il y eut un frisson violent, on sera porté à faire remonter l'affection au moment où la malade commença à éprouver les malaises indéfinissables dont il a été question, et à admettre qu'elle a eu, pendant cette époque, la forme latente exposée au deuxième article. J'ajouterai qu'en adoptant cette manière de voir, qui semble la plus probable, on se rend compte du dérangement de la santé antérieurement à l'époque où débutèrent les symptômes graves, ce qui serait im-

possible dans toute autre supposition, l'intestin grêle étant presque le seul organe malade, le seul dont l'altération parût déjà ancienne à la mort du sujet.

Mais, comme je l'ai dit, malgré la violence de sa cause, la péritonite fut douteuse ou très obscure dans trois cas. Il n'y eut, dans l'un d'eux, trente-six heures avant le terme fatal, qu'une légère douleur à l'hypogastre et une expression de dégoût très prononcée, qui n'existaient pas auparavant; et ces symptômes, qui dépendaient sans doute de la perforation, étaient trop faibles, non-seulement pour en annoncer l'existence d'une manière positive, mais pour la faire soupçonner. La perforation avait eu lieu, dans ce cas, à la partie antérieure de l'iléum, et n'avait pas laissé aux matières fécales un passage aussi libre dans la cavité abdominale que chez les autres individus : mais cette circonstance ne pouvait expliquer, d'une manière satisfaisante, le défaut des symptômes caractéristiques (obs. 32). — La perforation fut moins complétement latente chez un autre sujet. S'il n'éprouva pas une douleur violente et subite dans l'abdomen, au moment où elle eut lieu, ses traits offrirent une profonde altération, plus de vingt-quatre heures avant la mort; et, quand je le vis pour la dernière fois, l'hypogastre était météorisé et très sensible à la pression. Le malade ne s'en plaignait pas, son attention semblait entièrement absorbée par le sentiment d'une extrême faiblesse, il ne parlait de rien autre chose. Malgré l'absence de la douleur subite, l'altération profonde et rapide des traits, réunie au météorisme et à la sensibilité de l'hypogastre, devait faire fortement soupçonner l'existence d'une péritonite, et, d'après ce que j'ai dit tout à l'heure, une perforation (page 333).

L'observation suivante, qui est la troisième de celles dont il s'agit, est l'exemple d'une nouvelle modification des symptômes qui nous occupent, assez difficile à apprécier.

LIVe OBSERVATION.

Anorexie, diarrhée, toux au début, puis frissons fréquemment renouvelés ; plus tard léger météorisme, léger délire, frissons continuels; mort au *vingtième jour*. — Plaques dures de l'iléum, ulcérées ou non ulcérées, l'une d'elles perforée ; glandes mésentériques correspondantes volumineuses, d'un rose tendre, peu ramollies.

Un tailleur de pierres, âgé de vingt-trois ans, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, bien développé, à Paris depuis six mois, avait eu, à différentes reprises, depuis cette époque, un léger dévoiement, et, chaque fois, un peu de fièvre, sans néanmoins être obligé d'interrompre ses occupations. La diarrhée avait reparu, dans les deux dernières semaines d'octobre, accompagnée, à son début, de toux, de céphalalgie, de perte d'appétit, de soif; et le malade ayant été mouillé au cinquième jour de cette récidive, avait eu des frissons presque aussitôt; après quoi les selles étaient devenues très nombreuses, la soif très vive, la chaleur restant toujours peu considérable. Les frissons s'étaient renouvelés par les moindres causes, il n'y avait eu de céphalalgie que dans les quatre premiers jours, et le malade ayant renoncé au vin pur ou mêlé d'eau, la soif avait beaucoup diminué dans les trois derniers. Ce malade, qui était sobre et n'avait commis aucun excès, fut admis à l'hôpital de la Charité le 31 octobre 1822.

Le 1er novembre : attitude naturelle, faiblesse médiocre, figure convenablement colorée, réponses faciles et nettes ; langue aride et blanchâtre au centre, rose sur les bords, soif vive, anorexie, selles nombreuses et sans coliques;

urine facile, ventre indolent ; toux légère, bruit respiratoire sans mélange de râle ; peau un peu injectée, chaleur médiocre, pouls large, régulier à quatre-vingt-seize, sans dureté. (*Saignée de* 360 *grammes ; orge édulc. et acid.; lav. de lin* bis.)

Aucun changement appréciable dans la journée : selles plus nombreuses qu'à l'ordinaire pendant la nuit ; le sang se couvrit d'une couenne épaisse de 4 millimètres et assez consistante.

Le 2, la peau était très injectée, le pouls à quatre-vingt-quatre, un peu plus plein et plus dur que la veille ; la chaleur un peu plus élevée. Il y avait eu des sueurs copieuses, on voyait beaucoup de *sudamina ;* le ventre était légèrement météorisé ; les autres symptômes n'étaient pas modifiés d'une manière sensible. (*Tis. d'orge*; *lav. lin.*)

La journée fut assez bonne; il y eut une légère épistaxis pendant la nuit ; et, le lendemain, à l'heure de la visite, l'état de l'intelligence et des organes des sens était très satisfaisant ; la figure était violacée, la langue verdâtre, le ventre toujours indolent, un peu météorisé ; la chaleur forte ; le pouls variable, plus accéléré que la veille ; la respiration fréquente, le bruit respiratoire mêlé d'un râle sec et sonore. Les selles avaient été moins nombreuses que les autres jours ; il n'y avait pas eu de sueurs. (*Id.*)

Le malade eut un peu de délire pendant la nuit. Le 4, à six heures du matin, je le trouvai très affaissé ; l'exercice de l'intelligence était pénible, la vue faible, la langue comme la veille, le météorisme augmenté, le ventre insensible à la pression, la chaleur forte ; et cependant le malade se *couvrait avec soin. (Vés. aux jambes.)*

Le délire fut considérable le jour et la nuit, les frissons furent presque continuels. Le lendemain, à l'heure de la vi-

site, le malade parlait sans suite, on pouvait à peine fixer son attention pendant une seconde, et, comme pendant la nuit, il faisait des efforts continuels pour sortir du lit ; son visage, ses mains et le haut de sa poitrine étaient violacés ; il avait l'extérieur d'un homme qui, ayant pris un bain froid, ne pourrait se réchauffer ; son ventre était météorisé, indolent, si ce n'est par une pression forte, qui faisait un peu grimacer ses traits.

Les mêmes symptômes continuèrent jusqu'à la mort, qui arriva le même jour, à sept heures du soir, sans que le malade eût eu de vomissements. Sa respiration avait commencé à s'embarrasser à une heure.

OUVERTURE DU CADAVRE QUATORZE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Embonpoint médiocre, système musculaire bien développé, raideur extrême, point de vergetures.

Tête. Cerveau très ferme, légèrement injecté ; deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux.

Poitrine. Cœur parfaitement sain. Poumons violacés en arrière, d'ailleurs dans l'état naturel ; bronches d'un rouge vif.

Abdomen. La face interne de la paroi antérieure de l'abdomen était d'un rouge plus ou moins vif, dû à l'injection du péritoine ; les intestins offraient la même coloration dans plusieurs points, et, partout où elle existait, on enlevait le péritoine avec assez de facilité. Les circonvolutions intestinales étaient unies entre elles par quelques fausses membranes ; le petit bassin et les flancs offraient une assez grande quantité de liquide trouble, jaunâtre et grisâtre,

d'une odeur extrêmement fétide. Sur l'iléum, à 16 centimètres du cœcum, existait un trou de la largeur d'une grosse tête d'épingle, placé au centre d'une ulcération circulaire, de 13 millimètres de diamètre, près de laquelle s'en trouvaient trois autres, mais imperforées, ayant pour fond la tunique musculaire, et des bords plus ou moins épais. Ces ulcérations étaient placées au milieu de plaques fort saillantes, dures, et en assez grand nombre, dans les 7 derniers décimètres de l'iléum. Toutes ces plaques, plus ou moins ulcérées, étaient dues au développement d'une matière faiblement nuancée de rose ou de jaune. Dans le point correspondant, la tunique musculaire était épaissie, jaunâtre, friable, plus ou moins profondément altérée. La membrane muqueuse était généralement grisâtre et un peu ramollie.— Les glandes mésentériques avaient un volume considérable, quelques-unes 27 millimètres de diamètre, et une consistance assez forte ; la plupart, une couleur rose tendre ; aucune n'était d'un rouge brun dans toute son épaisseur. — Les membranes muqueuses de l'estomac, du duodénum et du gros intestin étaient dans l'état naturel, sauf quelques taches rouges, qui se trouvaient dans le grand cul-de-sac du ventricule. — Le foie était un peu mou et violacé ; la bile de la vésicule, épaisse et d'un vert foncé. — La rate était volumineuse, avait de 23 à 26 centimètres de haut, la consistance et la couleur qui lui sont propres. — Les autres viscères de l'abdomen n'offraient rien de remarquable.

C'est sans doute aux accidents cérébraux qu'il faut attribuer le développement incomplet des symptômes de la perforation. Toutefois, il n'était pas impossible de reconnaître cette lésion : car quelques heures après l'apparition du délire, le malade fut affaissé, très sensible au froid, se

couvrit avec soin, ce qui n'avait pas eu lieu auparavant. Dès-lors, jusqu'au terme fatal, ou pendant un jour et demi, il eut des frissons presque continuels; et douze heures avant la mort, sa figure, ses mains, le haut de sa poitrine étaient violacés, son ventre un peu sensible à la pression et très météorisé. Si les frissons indiquaient le développement d'une affection nouvelle, la douleur abdominale, jointe à la grande augmentation du météorisme, montrait que le ventre en était le siége, et l'on ne pouvait guère alors soupçonner qu'une perforation. Car, quand une autre affection se déclare dans le cours d'une maladie aiguë, et donne lieu à un frisson, celui-ci est ordinairement de peu de durée; et, dans aucun cas, hors ceux de perforation, je n'ai trouvé ses effets aussi énergiquement prononcés. En sorte que je crois pouvoir dire, d'une manière générale, que si un sujet atteint d'une affection typhoïde venait à éprouver du délire, puis un frisson qui durât sans interruption, ou presque sans interruption, pendant vingt-quatre heures et plus; si bientôt sa figure, ses membres et une partie de son corps étaient violacés, le météorisme promptement considérable, le ventre paraissant douloureux pour la première fois; si ces symptômes se trouvaient ainsi réunis, on devrait annoncer qu'il existe très probablement une perforation.

J'ajouterai à ce qui précède que l'espace écoulé entre le début de la perforation et la mort, a varié de vingt à cinquante-quatre heures; que même un des sujets n'a succombé que sept jours après le développement des premiers symptômes, bien qu'ils fussent très énergiques à leur début, et qu'ils ne se soient calmés qu'au commencement du quatrième jour (obs. 43). Fait doublement remarquable, en ce qu'il montre : 1° que, les symptômes de la perforation

une fois bien prononcés, on ne doit pas revenir sur son diagnostic, quand, après avoir duré quelque temps, ils viennent à diminuer; 2° que la résistance d'individus placés dans des circonstances analogues, en apparence, aux mêmes causes de mort, est extrêmement variable.

CHAPITRE IV.

DU PRONOSTIC.

Ce qu'on a dit depuis long-temps de l'incertitude du pronostic dans les maladies aiguës (je prends le mot pronostic dans sa signification la plus restreinte), est surtout applicable à l'affection typhoïde; et il me suffira, pour en convaincre le lecteur, de lui rappeler les principaux symptômes de cette maladie, leurs proportions dans les cas légers et dans les cas graves, dans ceux qui se sont terminés par le retour à la santé, ou par la mort, en commençant par les symptômes qui sont plus particulièrement liés au siége de l'affection; je veux dire les symptômes abdominaux.

Ainsi, la *diarrhée* est généralement plus intense chez les individus qui succombent que chez ceux qui guérissent après avoir éprouvé des symptômes graves; mais elle est aussi incommode chez quelques-uns de ceux-ci, par la fréquence du retour des selles, que chez un plus grand nombre des premiers: en sorte que la violence de ce symptôme, dans un cas particulier, est insuffisante pour en fixer le pronostic.

Les selles *involontaires* n'ont pas, non plus, sous ce rapport, l'importance qu'on serait tenté de leur attribuer; puisque sur trente sujets dont les garde-robes ont eu ce carac-

tère, et dont il est parlé dans la Clinique de M. Chomel, treize seulement ont succombé : chiffre qui n'est pas très supérieur à celui de la mortalité de l'affection typhoïde, dans sa division à l'Hôtel-Dieu, pendant plusieurs années.

Considérées d'une manière générale, et abstraction faite des cas particuliers, les *hémorrhagies intestinales* sont assurément un des symptômes les plus graves de la maladie qui nous occupe, et elles doivent en rendre le pronostic fâcheux ; car sur sept sujets qui ont éprouvé des pertes de sang par l'anus, et qui ont été traités par M. Chomel, six ont succombé. Mais ce fait est la preuve qu'on peut encore guérir à la suite d'une hémorrhagie intestinale, qu'ainsi on ne saurait prédire la mort avec certitude, dans un cas particulier, à raison de ce symptôme, qui, d'ailleurs, chez cinq des sujets dont il s'agit, ne paraît pas avoir été funeste par lui-même, ou par l'extrême abondance du sang perdu. — La proportion des cas de guérison fut beaucoup plus considérable chez les malades dont j'ai recueilli l'histoire, puisque sur sept de ceux qui eurent des hémorrhagies intestinales, trois guérirent, après avoir perdu par les selles une grande quantité de sang, pendant trois, quatre et six jours de suite. En sorte que la persistance de l'hémorrhagie intestinale, pendant plusieurs jours, ne permet pas même un pronostic assuré, ne le rend pas nécessairement funeste.

Le *météorisme* est un peu plus fréquent chez les sujets qui succombent que chez ceux qui guérissent d'une affection typhoïde, après avoir éprouvé des symptômes graves : mais cette différence est peu considérable (34 sur 46 pour les uns, 40 sur 57 pour les autres), et n'est d'aucune impor-

tance pour le pronostic envisagé pour chaque individu en particulier.

Le degré du *météorisme* a plus de valeur que sa fréquence, sous le point de vue qui nous occupe; car, parmi les sujets que j'ai observés, il fut considérable dans la moitié des cas terminés par la mort, et chez la sixième partie seulement des sujets qui guérirent d'une affection typhoïde grave. En sorte qu'envisagé d'une manière générale, ce symptôme doit rendre le pronostic grave, quand il existe à un degré remarquable : mais on ne peut en rien conclure rigoureusement, dans un cas particulier, puisqu'un assez grand nombre de malades guérirent après l'avoir éprouvé au plus haut degré.

Les *symptômes gastriques* (douleurs à l'épigastre, nausées, vomissements) ont lieu dans des proportions peu différentes, chez les sujets qui ont succombé et chez ceux qui ont guéri : et ils ne peuvent fournir d'élément de quelque valeur au pronostic. J'en dirai autant de l'état de la *langue*, et par les mêmes raisons.

La *dysphagie*, celle dont on ne peut se rendre compte par l'état de la bouche et de l'arrière-bouche, a quelque importance sous le point de vue qui nous occupe; car on l'observe plus souvent dans les cas graves terminés par la mort, que dans les autres. D'ailleurs cette dysphagie est ordinairement liée, comme le lecteur se le rappelle sans doute, à des ulcérations de l'œsophage.

La *somnolence*, un des symptômes les plus importants de l'affection typhoïde, est aussi un de ceux qui mérite le plus d'attention quand il s'agit de porter un pronostic quelcon-

que, dans un cas particulier. Elle fut plus fréquente et généralement plus considérable chez les malades qui succombèrent que chez ceux qui guérirent après avoir éprouvé des accidents graves. Elle ne débuta, avec les premiers symptômes, chez les sujets soumis à mon observation, que dans les cas où la maladie eut une terminaison funeste ; et une seule fois je l'ai vue paraître au deuxième jour de l'affection, chez un sujet qui guérit. Elle ne s'est montrée, avant le cinquième jour, dans aucun des cas où la maladie fut légère ; en sorte que ce qui doit surtout fixer l'attention des praticiens dans la considération du météorisme, sous le rapport du pronostic, c'est son début.

Le *délire* fut plus fréquent dans les cas graves que dans les cas légers ; chez les malades qui succombèrent que chez ceux qui guérirent ; et il débuta moins fréquemment le premier jour chez ceux-ci que chez les autres ; de manière que, pour le délire comme pour la somnolence, c'est surtout le début qu'il importe de considérer quand il s'agit du pronostic.

L'*agitation*, je parle de celle qui était portée au point de rendre la camisole de force nécessaire, eut lieu dans la huitième partie des cas qui eurent une terminaison heureuse, et chez la troisième partie des sujets qui ont succombé : en sorte que, considéré d'une manière générale, et indépendamment des cas particuliers, ce symptôme doit aussi être regardé comme d'une grande importance pour le pronostic.

Mais il en a bien moins que cette *perversion de l'intelligence*, qui faisait dire à un des malades dont j'ai donné l'histoire, au milieu des accidents les plus graves, qu'il était

bien ; car ce symptôme, dont la valeur a été signalée depuis long-temps par les pathologistes, je ne l'ai rencontré chez aucun de ceux qui ont guéri.

Les *mouvements spasmodiques* de la face ou des membres sont beaucoup plus fréquents chez les individus qui succombent que chez ceux qui guérissent, même après avoir éprouvé des symptômes graves ; en sorte que je les ai rencontrés chez la troisième partie des premiers, et seulement chez la huitième partie des seconds ; et, chez ceux-ci, à un moindre degré. Ce symptôme a donc une assez grande valeur sous le rapport du pronostic, en même temps qu'il montre combien il est nécessaire, pour apprécier à leur juste valeur les causes de mort, de tenir compte de l'état des fonctions du cerveau, indépendamment de ses lésions, puisqu'il n'offrait pas de lésions appréciables dans les cas dont il s'agit.

La *raideur permanente* des membres a, pour le pronostic, une valeur égale à celle de cette perversion de l'intelligence, signalée tout à l'heure. Au moins ne l'ai-je observée dans aucun des cas terminés par le retour à la santé, et je ne connais que M. Chomel, parmi les contemporains, qui ait observé une exception à cette loi ; car on peut dire, à raison de l'universalité du fait, que c'est une loi.

La *prostration des forces*, un des principaux symptômes de l'affection qui nous occupe, fut considérable chez les sujets qui succombèrent et chez ceux qui guérirent : mais le plus haut degré de cet état fut plus fréquent chez les premiers que chez les seconds ; de telle sorte que la troisième partie des sujets qui succombèrent se mit au lit dès le premier jour de l'affection, et la septième partie seulement des seconds, de ceux dont les symptômes furent graves. D'où il

suit que la prostration des forces, portée, dès le début, à un haut degré, doit rendre le pronostic grave, au moins en général; car on ne peut rien en conclure rigoureusement, pour un cas particulier. Un des faits exposés dans l'article qui a rapport au traitement de l'affection typhoïde par les toniques (obs. 5), suffirait pour prouver la vérité de cette assertion. Dans ce cas, à la vérité, la prostration n'eut pas lieu dès le début; elle ne se manifesta qu'à une époque déjà avancée de la maladie; et ce fait semble indiquer que quand la prostration ne coïncide pas avec d'autres symptômes graves, elle n'est pas un état aussi redoutable qu'on pourrait le croire au premier abord, alors même qu'elle est portée au plus haut degré.

L'*épistaxis* ne mit en péril, par son abondance, les jours d'aucun des sujets dont j'ai recueilli l'histoire. La proportion des cas dans lesquels elle s'est développée peu après le début, ou celle de ses retours chez le même sujet, fut à peu près la même dans les cas graves qui se sont terminés par le retour à la santé, et dans ceux qui sont relatifs à des sujets qui ont succombé; de manière que ce symptôme est, jusqu'ici, sans importance pour le pronostic.

La *surdité* fut extrême et de longue durée, dans les cas graves terminés par la mort ou par le retour à la santé, dans une proportion presque égale. Et si les faits ne permettent pas de la considérer comme un symptôme d'un heureux présage, ainsi que l'ont fait quelques médecins, il faut aussi reconnaître qu'elle n'ajoute pas d'une manière évidente à la gravité du pronostic, même du pronostic considéré d'une manière générale; encore qu'aucun des sujets dont l'affection fut légère, n'ait eu l'oreille très dure.

Les *bourdonnements d'oreilles* ont encore moins d'importance que la surdité, relativement au pronostic ; car, si j'en juge d'après les faits que j'ai recueillis, ils sont moins fréquents dans les cas graves, chez les sujets qui ont succombé, que chez ceux qui ont guéri ; et leur proportion, au début de la maladie, paraît être la même dans ces deux ordres de sujets.

L'*injection des yeux* fut seulement un peu moins fréquente dans les cas graves terminés par le retour à la santé, que dans ceux dont la terminaison a été fâcheuse, et dont j'ai recueilli l'histoire. L'analyse d'un plus grand nombre de faits conduirait sans doute au même résultat ; de manière que l'injection des yeux ne paraît pas devoir venir en aide au pronostic. — Il en est tout autrement du trouble *permanent de la vue*, dans le repos du lit ; car je l'ai observé dans la septième partie des cas terminés d'une manière fâcheuse, et seulement dans la vingt-troisième partie de ceux qui ont guéri, après avoir éprouvé des symptômes graves.

Les *sudamina* eurent lieu dans la même proportion chez les sujets dont l'affection fut grave, quelle qu'en ait été la terminaison, et chez ceux qui n'éprouvèrent que de légers symptômes ; en sorte que, de leur présence ou de leur absence, on ne peut rien conclure pour le pronostic. Mais les *sudamina* ne furent larges et nombreux, que dans les cas graves, les seuls aussi dans lesquels on put enlever l'épiderme dans l'intervalle de ces petites vésicules, par un très léger frottement. Ces cas, à la vérité, étaient dans la même proportion chez les individus qui succombèrent et chez ceux qui guérirent ; de manière que s'ils indiquent, considérés en général, un cas grave, on ne peut rien en conclure pour un malade en particulier, du moins rigoureusement.

J'ai observé l'*erysipèle* dans un des trente cas où l'affec-

tion fut légère, un peu plus souvent chez ceux qui guérirent après avoir éprouvé des symptômes graves, beaucoup plus souvent encore chez ceux qui succombèrent ; en sorte que la vingtième partie des uns et la huitième partie des autres éprouvèrent ce symptôme, et que s'il doit rendre le pronostic grave, envisagé d'une manière générale, on ne peut rien en conclure dans un cas particulier. D'un autre côté, l'érysipèle ne fut pas toujours grave et de longue durée chez les sujets qui succombèrent ; en sorte que sa bénignité et sa prompte disparition ne peuvent pas rassurer sur le danger de la maladie.

S'il est vrai de dire que le *pouls* est généralement moins accéléré chez les individus qui guérissent que chez ceux qui succombent ; qu'ainsi une médiocre accélération du pouls est favorable au pronostic de l'affection typhoïde, envisagée d'une manière générale ; il est également vrai que la connaissance de ce fait n'est pas d'une grande ressource dans les cas particuliers, puisqu'on voit des malades guérir après avoir eu le pouls très accéléré (140 pulsations par minute) ; tandis que, d'autre part, on en voit succomber après avoir eu le pouls très peu accéléré dans les huit et quinze derniers jours de l'existence. Huit des malades que j'ai observés étaient dans ce cas (80 à 90 pulsations par minute).

Les autres caractères du pouls ont un peu plus d'importance sous le point de vue qui nous occupe. Ainsi, le pouls fut étroit, serré, chez la moitié des sujets qui succombèrent, pendant tout le temps qu'ils furent soumis à mon observation, à compter du huitième jour de la maladie. Il eut le même caractère chez la sixième partie des individus qui guérirent après avoir eu des symptômes graves ; il fut irrégulier, intermittent, chez la neuvième partie des sujets

qui se trouvaient dans cette dernière catégorie, et chez la sixième partie de ceux qui succombèrent.

La courte exposition des faits que je viens de rappeler au lecteur, doit justifier à ses yeux ce que j'ai dit, au commencement de ce chapitre, sur l'incertitude du pronostic dans l'affection typhoïde : car si, envisagé d'une manière générale, abstraction faite des cas particuliers, il existe un certain nombre de symptômes dont l'existence rend nécessairement le pronostic grave, il n'en est plus de même quand on descend des faits généraux aux faits particuliers ; puisque, si l'on fait abstraction de la raideur permanente des membres, de cette espèce de perversion de l'intelligence et des sensations qui fait dire à un malade qui éprouve les accidents les plus graves, qu'il est bien, il n'est aucun symptôme, si redoutable qu'il soit, qu'on ne rencontre quelquefois chez des individus qui guérissent ; de manière que l'existence de l'un de ces symptômes, ou leur réunion en certain nombre, la considération attentive de leur marche et de toutes les circonstances qui les environnent, ne peuvent conduire qu'à des à peu près.

Non-seulement les symptômes dont l'existence peut faire prédire une mort certaine sont rares ; on ne peut, dans l'immense majorité des cas, que donner des probabilités à ce sujet ; mais le pronostic n'est pas moins incertain quand il s'agit de prédire l'issue heureuse de la maladie, dans un cas particulier, même dans les plus légers, dans ceux où le mouvement fébrile et la perte des forces sont peu marqués, quand les sujets sont dans les conditions les plus favorables, sous le rapport de la constitution, des forces, de l'âge, et de tout ce qui concerne l'hygiène ; puisqu'une perforation de l'intestin grêle peut toujours avoir lieu, et emporter le ma-

lade très rapidement. Il est même à remarquer que la perforation de l'iléum est moins rare; au moins cela résulte de mes observations et de celles de plusieurs autres médecins, dans les cas légers que dans les cas graves; en sorte que, si cette perforation était plus fréquente, les cas les plus légers, en apparence, seraient, en réalité, les plus redoutables.

Au reste, en dehors des symptômes qui viennent d'être passés en revue, il existe encore quelques circonstances qu'on ne saurait négliger dans l'étude du pronostic. Ainsi, comme le remarque M. Chomel, quand, après une courte rémission des symptômes de l'affection typhoïde, on voit reparaître les accidents avec plus d'intensité qu'auparavant, le pronostic doit être grave; car l'expérience montre qu'alors la terminaison de la maladie est presque toujours funeste. Deux faits exposés dans cet ouvrage viennent à l'appui de cette assertion; et, naguère encore, j'en ai observé un semblable qui m'a été fourni par une jeune dame de vingt ans. Après avoir éprouvé les symptômes les plus caractéristiques de l'affection typhoïde, elle prenait, depuis six jours, quelques aliments légers, dont la quantité pouvait être évaluée au quart de portion des hôpitaux, quand elle éprouva une émotion morale profonde Aussitôt la fièvre se rallume, les symptômes les plus graves reparaissent, et, après huit jours, la malade succombe à cette rechute, dont la cause paraît avoir été la même que chez les sujets dont j'ai donné l'histoire.

La *lenteur de l'invasion* serait encore, d'après M. Chomel, une circonstance défavorable à la terminaison heureuse de l'affection typhoïde, et elle rendrait son pronostic fâcheux;

car, sur trente-neuf malades qu'il a observés, et qui étaient dans ce cas, vingt ont succombé, ou près de la moitié ; tandis que sur soixante-treize cas dans lesquels l'affection avait eu une invasion subite, vingt-six seulement, ou un peu plus du tiers, ont eu une terminaison fâcheuse. Les deux groupes de sujets, dont parle M. Chomel, avaient-ils le même âge, terme moyen ?

L'*âge*, en effet, nous l'avons déjà remarqué, a une influence manifeste sur le mode de terminaison de la maladie qui nous occupe ; et, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, les résultats de l'observation de M. Chomel sont d'accord avec ceux que j'ai exposés. Le lecteur se rappelle très probablement, en effet, que les six sujets dont j'ai recueilli l'histoire, et qui n'avaient pas vingt ans, ont tous guéri ; et la terminaison de la maladie n'a pas été moins heureuse chez neuf malades observés par M. Chomel à l'Hôtel-Dieu, et qui, tous aussi, n'avaient pas atteint leur vingtième année. J'ajoute que depuis dix ans je n'ai observé, dans les hôpitaux, qu'un fait qui fasse exception à ceux-ci ; en sorte que l'âge doit être considéré comme une des circonstances dont il importe le plus de tenir compte dans le pronostic.

Le pronostic de l'affection typhoïde est généralement moins grave dans l'*enfance* que dans l'âge adulte ou après quinze ans. Et cela ne surprendra personne, si l'on se rappelle ce qui a été dit de la terminaison de la maladie chez les sujets de moins de vingt ans, observés par M. Chomel et par moi ; si l'on n'a pas oublié que la perforation de l'iléum et l'hémorrhagie intestinale sont également rares dans l'enfance. Mais l'incertitude du pronostic est à peu près la même à toutes les époques de la vie quand on l'envisage individuellement.

Ainsi, dit M. Rilliet, les symptômes fournis par les *fonctions digestives* ne peuvent guère servir à établir le pronostic. La diarrhée a été aussi abondante chez les sujets qui ont guéri, que chez ceux qui ont succombé. Cependant, ajoute-t-il, une diarrhée de long cours est d'un mauvais augure chez les jeunes enfants de deux à trois ans; elle les épuise et tend à amener la mort par adynamie.—Les selles involontaires se sont rencontrées plus souvent chez les enfants qui ont succombé que chez ceux qui ont guéri. — Le ballonnement considérable de l'abdomen est un signe très grave; mais une rétraction permanente du ventre, accompagnée d'un mouvement fébrile intense, présente une gravité plus grande encore. — Les taches, les *sudamina*, le gargouillement, ne nous ont jamais paru pouvoir servir utilement le pronostic. — Les vomissements ont été plus fréquents chez les sujets qui ont succombé. L'état de la langue est très variable, quelle que soit la terminaison de la maladie.

Les différents accidents du côté du *système nerveux*, continue M. Rilliet, sont d'une plus grande utilité pour le pronostic. Un délire persistant et intense est un signe très fâcheux : c'est sous cette forme qu'il s'est montré chez deux de nos malades qui ont succombé. — La somnolence a moins de gravité; mais la perte complète des sensations est un signe des plus funestes : nous l'avons observée, la veille de la mort, chez celui de nos malades qui succomba le septième jour. — La carphologie est un symptôme très grave : elle a eu lieu chez trois enfants qui ont succombé, et chez un de ceux qui ont guéri.—La roideur du tronc n'a été mentionnée que dans les cas suivis de mort. — Les soubresauts des tendons sont d'un pronostic moins défavorable, ils ont été très intenses chez un sujet qui a guéri. — L'état des pupilles ne peut nous être d'aucune utilité; leur dilatation ou

leur contraction, qui, du reste, est rare, s'est montrée, dans la même proportion, chez des sujets dont la maladie s'est terminée par la mort ou par le retour à la santé.

Les *eschares au sacrum*, un peu étendues, ne se sont guère montrées que chez les sujets qui ont succombé.

L'intensité du *mouvement fébrile* présente moins de gravité que certains états particuliers du pouls, tels que son irrégularité et sa petitesse : un pouls petit, filant, est d'ordinaire de mauvais augure.

Ainsi, non-seulement l'incertitude du pronostic, dans les cas particuliers, est la même, dans l'*enfance* et après quinze ans ; mais les symptômes qui ont le plus de valeur sous le point de vue du pronostic, dans l'âge adulte et dans l'enfance, sont aussi les mêmes.

CHAPITRE V.

DES CAUSES.

Tandis que les causes de l'entérite sont souvent évidentes, celles de l'affection typhoïde ont été, jusque dans ces derniers temps, un sujet de doute et d'incertitude, au moins pour les hommes qui ne concluent pas légèrement ; et, sur ce point, mes observations ne font guère que confirmer ce que l'expérience a déjà appris sur quelques-unes des circonstances qui favorisent le développement de cette maladie : l'âge, le changement d'habitudes, etc.

ARTICLE PREMIER.

De l'âge.

Les sujets atteints d'affection typhoïde étaient jeunes; ceux qui succombèrent avaient, terme moyen, vingt-trois ans, les autres vingt-un. Parmi les premiers,

14	avaient de 17 à 20 ans,
20	de 20 à 25,
11	de 25 à 30,
5	de 30 à 39 (1).
50	

et parmi les seconds :

31	avaient de 15 1/2 à 20 ans,
39	de 20 à 25,
13	de 25 à 30,
5	de 30 à 39.
88	

La légère différence observée dans l'âge moyen des sujets qui succombèrent et de ceux qui guérirent, ne tient pas au hasard, comme on voit, puisqu'avant l'âge de vingt-cinq ans le nombre des individus qui guérirent est beaucoup plus considérable que celui des sujets qui moururent; tandis qu'au-delà, le nombre des uns et des autres est à peu près le même. En sorte que si la jeunesse est une condition nécessaire au développement de l'affection typhoïde, celle-ci est d'autant moins redoutable que ceux qui l'éprouvent sont moins âgés.

(1) J'ai fait entrer dans ce tableau les faits qui, au premier abord, auraient pu offrir du doute, et que j'ai écartés de l'analyse dans le reste de l'ouvrage.

Aucun des individus au-dessous de dix-sept ans (ils étaient six) n'a péri.

ARTICLE II.

Du sexe.

Le sexe semble, au premier abord, avoir une grande influence sur le développement de la maladie qui nous occupe ; car, sur cent trente-huit sujets qui en ont été affectés, trente-deux seulement, ou moins de la quatrième partie, sont du sexe féminin ; et mes observations ont été recueillies dans des salles dont le nombre de lits était le même pour l'un et l'autre sexe (1).

Mais cette influence, si elle existe, est sans doute bien peu considérable ; vu que le nombre des hommes qui viennent à Paris, et qui ne peuvent rester chez eux quand ils sont malades, est, suivant toutes les apparences, beaucoup plus grand que celui des femmes. Et ce qui fortifie cette manière de voir, c'est que la mortalité était la même chez les deux sexes ; ce qui ne serait probablement pas, si la prédisposition à la maladie était plus considérable chez l'un que chez l'autre.

Les aptitudes de sexe ne paraissent pas non plus démontrées à M. Gendron (de Château-du-Loir), qui remarque que,

(1) La salle Saint-Jean, où j'ai recueilli celles de mes observations qui sont relatives aux hommes, contient vingt-quatre lits ; la salle Saint-Joseph, où se trouvaient les femmes que j'ai observées, en a aussi contenu vingt-quatre, pendant les deux premières années de mes observations. Dans les quatre suivantes, ces lits ont été réduits à vingt-deux ; mais comme les lits supplémentaires ont été beaucoup plus multipliés dans cette salle que dans l'autre, l'égalité se trouve, en quelque sorte, rétablie, et je ne m'éloigne sans doute que bien peu de la vérité, en disant que j'ai observé dans des salles où le nombre de lits destinés à l'un ou à l'autre sexe était le même.

dans les grandes villes, dans les établissements publics, dans les armées, les hommes fournissent naturellement un plus grand nombre de fiévreux que les femmes; mais que, dans les campagnes, où les femmes se consacrent aux soins des malades, fréquemment elles font les frais de l'épidémie. C'est ainsi, ajoute-t il, qu'au hameau de la Brosse, sur onze dothinentériques, on comptait neuf femmes (1).

ARTICLE III.

Des professions.

J'ai encore recherché si les professions n'avaient pas quelque influence sur le développement de l'affection typhoïde; et, pour cela, j'ai divisé mes malades en ceux dont la profession exige un développement considérable de forces, et en ceux dont le métier ne nécessite pas ce grand développement. Les premiers étaient au nombre de soixante-dix-sept, les autres de cinquante-cinq; différence peu considérable, moins réelle qu'apparente, peut-être, sous le point de vue qui nous occupe, en ce que les ouvriers qui exercent l'une des professions dont il s'agit, ne sont probablement pas également nombreux à Paris, comme on peut le présumer de la grande quantité de maçons et de charpentiers qui y abondent.

Un fait vient à l'appui de ces reflexions : c'est, ainsi que je l'ai remarqué par rapport au sexe, que la mortalité n'a pas différé, d'une manière sensible, chez ces deux ordres de sujets ; en sorte que la maladie eut une terminaison funeste chez dix-huit de ceux dont la profession était peu fatigante, et chez vingt-huit des individus qui étaient dans des circonstances opposées.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1834. Mémoire sur les épidémies des petites localités.

ARTICLE IV.

De la constitution, des peines morales, des excès de travail et de table.

Les sujets atteints d'affection typhoïde étaient généralement d'une constitution forte. Mais pour savoir si les hommes forts en ont été plus souvent affectés que les faibles, il faudrait connaître la proportion des uns et des autres, parmi ceux qui sont nouvellement arrivés à Paris, ce qu'on ignore. Toutefois, comme la mortalité fut la même chez les forts et chez les faibles, proportion gardée, on peut présumer que l'affection typhoïde n'est pas plus fréquente chez les premiers que chez les seconds.

Les faits que j'ai recueillis ne me conduisent pas non plus à mettre les excès de travail, les peines et les chagrins de toute espèce, au nombre des causes de l'affection typhoïde; vu que la septième partie seulement des sujets qui ont guéri, ou de ceux qni ont succombé, eurent des chagrins plus ou moins profonds, ou travaillèrent outre mesure, pendant un certain temps; et qu'il n'est pas possible de savoir si ces individus, qui étaient, d'ailleurs, dans les mêmes circonstances d'âge et de lieu que les autres, auraient ou n'auraient pas éprouvé l'affection typhoïde, s'ils eussent été exempts de peine, ou modérés dans leur travail.

Le séjour dans des lieux bas et habités par un trop grand nombre de personnes, pendant la nuit, ne peut pas non plus figurer parmi les causes dont il s'agit; la dix-huitième partie seulement des sujets dont il s'agit était dans ce cas.

Un même nombre de malades faisait de temps à autre quelques excès de vin; mais ces excès ne précédèrent immédiatement les symptômes de l'affection, ou de deux ou trois jours, dans aucun cas.

ARTICLE V.

Changement d'habitudes.

A quelques exceptions près, que je vais indiquer, les individus atteints d'affection typhoïde étaient à Paris depuis peu de temps; ceux qui ont guéri, terme moyen, depuis quatorze mois; ceux qui ont succombé, depuis onze. D'où il faut conclure que si Paris et le genre de vie qu'on y mène sont favorables au développement de l'affection typhoïde, cette maladie offre d'autant moins de dangers que le séjour, dans cette ville, est moins récent.

Les tableaux suivants sont la preuve détaillée de ce qui précède.

Parmi les sujets qui ont succombé,

10	étaient à Paris depuis 2 à 3 semaines,
8	depuis 3 à 5 mois,
10	depuis 6 à 10,
9	depuis 11 à 20,
3	depuis 20 à 30,
2	depuis 4 à 8 ans.
44	

Et parmi ceux qui ont guéri :

7	étaient à Paris depuis 2 semaines	à 3 mois,
19	dequis 3 mois	à 5,
19	depuis 6	à 10,
20	depuis 11	à 20,
12	depuis 20	à 30,
1	depuis 30	à 40,
7	depuis 3	à 8 ans.
85		

C'est-à-dire que, de soixante-treize sujets atteints d'affection typhoïde, et à Paris depuis un espace de temps qui a

varié de deux semaines à dix mois, vingt-huit, ou plus du tiers, ont succombé ; tandis que, sur cinquante-six qui s'y trouvaient depuis plus de temps, seize, ou moins de la troisième partie, et de beaucoup, étaient dans ce cas.

Trois des malades qui ont guéri et un de ceux qui ont succombé étaient à Paris depuis l'enfance.

On sent d'ailleurs qu'il faudrait, pour que ces nombres fussent l'expression d'une loi, que toutes les classes d'ouvriers de Paris, tous les âges, se fissent soigner, dans la même proportion, dans les hôpitaux ; ce qui n'est pas entièrement vrai, un assez grand nombre de ceux qui y sont établis depuis plusieurs années recevant des soins en ville. Mais, en tenant compte de ce fait, il n'en est pas moins incontestable que l'affection typhoïde est beaucoup plus fréquente à Paris, parmi les personnes de la classe ouvrière, dans l'âge adulte, chez les nouveau-venus, que chez ceux qui l'habitent depuis longtemps.

Mais à quelle circonstance, à quelle cause, attribuer cette différence ?

Si parmi les gens de la classe ouvrière qui viennent travailler à Paris pendant l'été, ou qui l'habitent une partie de l'année seulement, il en est qui se livrent à des excès ou se nourrissent mal, ou passent les jours et les nuits dans des lieux trop resserrés ; il est vrai de dire, comme on l'a vu tout à l'heure, que ce n'est pas le plus grand nombre, à beaucoup près ; en sorte que ces circonstances ne peuvent pas avoir eu beaucoup d'influence sur le développement de l'affection typhoïde des malades dont j'ai analysé l'histoire : d'autant plus que, pour la plupart, ils étaient forts, d'une bonne constitution, avaient les chairs fermes, une coloration normale, un embonpoint convenable, au moment où ils se sont

offerts à mon observation ; qu'ils se trouvaient, ainsi, dans un état qui éloignait toute idée de dépérissement, ou d'action prolongée d'une cause délétère, capable d'exercer une influence quelconque sur la nutrition.

Cependant les médecins font généralement jouer un grand rôle aux circonstances qui viennent d'être rappelées, dans le développement de l'affection typhoïde, à la *mauvaise nourriture* en particulier.

Tout en reconnaissant l'influence, nécessairement pernicieuse, d'une alimentation de mauvaise qualité sur la santé et sur le développement de nos maladies, en général, rien ne me semble prouver incontestablement que cette influence soit plus marquée pour l'affection typhoïde que pour toute autre, pas même ce qui a lieu à la suite des armées, où tant de causes d'insalubrité se trouvent accumulées : les intempéries, les privations, les excès de toute espèce ; et, pour les blessés et les autres malades, l'accumulation d'un grand nombre d'entre eux dans un même lieu. Car comment démêler, au milieu de tant de causes de maladies, celles qui favorisent plus particulièrement le développement de l'affection qui nous occupe ? On a cru, il est vrai, dans ces derniers temps, avoir démontré cette influence par des expériences faites sur les animaux vivants ; mais ces expériences, celles de M. Gaspard en particulier, quelqu'intéressantes quelles soient, ne prouvent rien, à mon avis, relativement à l'objet qui nous occupe. Tout ce qu'elles apprennent, c'est, il me semble, que les substances putrides, introduites, pendant la vie, dans les voies circulatoires, chez les animaux, donnent lieu à beaucoup de symptômes graves, qu'on rencontre dans un grand nombre de maladies aiguës, quels qu'en soient la cause et le siége ; et, qu'après la mort, qui suit l'introduction des substances putrides dans les veines,

on observe des congestions variées, tantôt dans un organe, tantôt dans un autre, dans l'intestin grêle moins souvent que dans le duodénum, ou dans le rectum. Et que peut-on conclure, de ces faits, je ledemande, relativement à l'influence d'une mauvaise alimentation sur le développement de l'affection typhoïde?

Si l'on a pu donner quelqu'attention aux expériences de M. Gaspard, relativement au sujet qui nous occupe, ce ne peut être que par suite de l'erreur, plusieurs fois signalée dans le cours de cet ouvrage, qui a fait confondre, avec les symptômes caractériques de l'affection typhoïde, ceux qui lui sont communs, à une certaine période, avec beaucoup d'autres maladies aiguës, accompagnées, comme elle, d'un mouvement fébrile plus ou moins violent, quand, surtout, leur terminaison doit être fâcheuse. D'ailleurs, comment comparer l'action d'une cause qui agit d'une manière violente, comme dans les expériences de M. Gaspard, avec l'action d'une cause qui agit lentement, comme une alimentation de mauvaise qualité? Encore, si après avoir nourri, pendant un ou plusieurs mois, des animaux avec des substances demi-putrides, ou avec un mélange de celles-ci et de substances de bonne qualité, on eût observé un ensemble de symptômes comparables, jusqu'à un certain point, à ceux qui caractérisent l'affection typhoïde; si, à l'ouverture des cadavres des animaux qui auraient succombé, on eût trouvé des lésions semblables à celles qui ont lieu chez l'homme, et quelquefois bornées à l'iléum; si ces faits eussent été constatés rigoureusement, on aurait pu concevoir quelque soupçon sur la part que peut avoir une mauvaise alimentation dans le développement de l'affection typhoïde. Mais on a procédé d'une manière inverse; les symptômes et les lésions trouvées à l'ouverture des cadavres ne ressembent en rien à ceux qui

caractérisent l'affection typhoïde; et l'on ne saurait trop s'étonner des conséquences déduites des expériences de M. Gaspard, sur la part que peut avoir l'alimentation dans le développement de l'affection typhoïde.

Un fait, en apparence beaucoup plus concluant que les expériences de M. Gaspard, a été recueilli par M. Leteneur, à l'hôpital Saint-Louis, et déposé, par lui, dans les archives de la Société médicale d'observation. Je vais le faire connaître, en en supprimant quelques détails de peu d'importance pour l'objet en question.

LIVe OBSERVATION *bis*.

Usage d'une eau putride, dans laquelle avait macéré, pendant quelque temps, une certaine quantité de paille hachée. Bientôt développement des symptômes les plus caristiques de l'affection typhoïde ; et, après la mort, altération profonde des plaques de Peyer, etc.

Un ménuisier, âgé de vingt-un ans, ayant les cheveux et les yeux noirs, une constitution forte, des muscles énergiques et saillants, une taille assez élevée, fut admis, le 2 septembre 1837, à l'hôpital Saint-Louis, dans la division de M. Biett, dont M. Leteneur était alors interne. Il accusait cinq jours de maladie, et habitait Paris depuis quinze mois. On apprit de ses camarades, qui l'avaient conduit à l'hôpital (il y eut du délire peu après son arrivée), qu'il était généralement sobre, qu'il ne faisait pas d'excès de vin, qu'il prenait une bonne nourriture, habitait une chambre bien aérée, au quatrième étage, dans le passage Brady; qu'il travaillait dans un atelier vaste, exposé au midi. Ordinairement bien portant, il avait néanmoins, depuis seize mois, un écoulement blennorrhagique très opiniâtre, qui avait résisté à l'action du temps et de beaucoup de moyens

employés pour le combattre ; et il prenait, au moment où il tomba malade, deux fois le jour, matin et soir, un verre d'une eau dans laquelle avait macéré, pendant dix à onze jours, une certaine quantité de paille hachée. Il en avait bu quatre litres, au dire de ses camarades, quand les premiers symptômes de la maladie se développèrent, et alors l'écoulement avait presque disparu. Suivant les mêmes personnes, ce qui restait de l'eau que le malade prenait journellement, avait une odeur si infecte, qu'il fut impossible de la faire disparaître complétement du vase où avait eu lieu la macération, par des lavages répétés à l'eau froide et à l'eau chaude.

Le 27 août, après avoir pris, comme à l'ordinaire, un verre de l'eau dont il s'agit, le malade se dirigea sur Versailles, où il passa la journée avec quelques amis, sans y faire d'excès d'aucune espèce; et, à son retour, dans la soirée, il eut des frissons qui reparurent encore le lendemain, d'une manière irrégulière, accompagnés de diarrhée, de diminution des forces, sans néanmoins que le malade fut dans l'obligation de quitter son travail. Mais le lendemain 29, à deux heures de l'après-midi, la faiblesse augmentant, il dut quitter son atelier, et il alla immédiatement prendre un bain, après lequel il but un bouillon, qui fut immédiatement suivi d'une douleur lombaire intense, laquelle persista plusieurs jours de suite. Le 30, aux symptômes précédents s'ajoutèrent, toujours au dire des camarades, une céphalalgie intense et la perte complète de l'appétit. Le 1er septembre, le malade vint à l'hôpital Saint-Louis, à pied, soutenu par ses camarades, dans l'intention d'y prendre un lit ; mais n'ayant pu y être reçu, il retourna chez lui de la même manière, et revint, le lendemain, en voiture, au même hôpital où il fut admis.

Le 3 septembre, septième jour commençant de la maladie: décubitus dorsal, visage rouge, céphalalgie universelle, réponses assez justes aux questions; mais délire, agitation, dès qu'on cesse d'interroger le malade, qui veut alors sortir du lit, parle de poisons, de poignards, d'assassins; la sensibilité de la peau est normale, la chaleur sèche et un peu élevée, le pouls assez facile à déprimer, à soixante-quinze par minute; le bruit respiratoire est pur, la percussion de la poitrine n'offre rien de remarquable; les lèvres et la langue sont sèches, sans être fuligineuses, l'appétit est nul, la soif médiocre, le ventre ballonné, un peu douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite, où existe du gargouillement, l'urine facile. Il n'existe pas de taches roses, lenticulaires, et les selles, qui ont été fréquentes depuis le début, sont nulles depuis la veille. (*Mauv. édul. avec le sir. de gom.*, *une bout. d'eau de Sedlitz*, *catapl.*, *sinap. aux jambes.*)

L'agitation diminua un peu dans la soirée, pour reparaître, la nuit, avec le délire, plus considérable que la veille; en sorte qu'on fut obligé d'en venir au gilet de force.

Le 4, au moment de la visite, le délire continuait, et il était impossible d'obtenir une réponse quelconque du malade, qui avait la figure rouge, une moiteur universelle, les yeux cernés, les pupilles dilatées et peu contractiles, les lèvres et la langue toujours sèches, le ventre ballonné, un peu plus de gargouillement dans la fosse iliaque droite que la veille. La pression, dans cette partie, excitait des cris; l'urine et les selles étaient involontaires. La percussion était un peu plus sonore à gauche de la poitrine qu'à droite, où l'on entendait un râle sibilant. D'ailleurs, ni toux, ni expectoration. (*Id.*)

Le 5, les selles et l'urine restaient involontaires, le ven-

tre avait cessé d'être ballonné, le délire persistait, la figure était rouge, les pupilles dilatées et immobiles, la peau sèche, le pouls fort, à cent dix ; il n'y avait ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina*. (*Saignée de 5 palettes.*)

L'agitation rendit la saignée difficile, et l'on ne put tirer que trois palettes de sang. Bientôt, néanmoins, cette agitation diminua, et elle fut remplacée, le soir, par un état comateux. Alors, en effet, le malade était tout à fait étranger à ce qui l'environnait, il était dans une immobilité complète, et ses membres, abandonnés à eux-mêmes, retombaient comme paralysés. Les urines étaient toujours involontaires.

Le 6, au matin, le sang de la saignée offrait un caillot mou, sans couenne, entouré d'une grande quantité de sérosité ; le malade était immobile, couché sur le dos, avait les paupières closes et les pupilles contractées ; les muscles de la face étaient agités de mouvements spasmodiques presque continuels, qui semblaient augmenter quand on faisait des questions au malade, dont les lèvres, la langue et les dents étaient sèches, comme à l'ordinaire ; la fosse iliaque droite paraissait un peu sensible à la pression, l'abdomen était un peu météorisé ; la peau chaude et humide, sans taches roses, lenticulaires, sans *sudamina* ; le pouls à cent dix ; la respiration à cinquante par minute ; le murmure respiratoire était exagéré et mêlé de râle sifflant, en arrière, à droite et à gauche. Les bras étaient roides et rapprochés du tronc, sans offrir de soubresants ; la narine droite présentait des traces d'épistaxis. (*Saignée de 4 palettes, 30 sangsues dans la fosse iliaque droite ; suppression des cataplasmes sinapisés qui avaient été appliqués, une fois le jour, aux membres inférieurs, depuis l'entrée du malade à l'hôpital, à raison de la rougeur de la peau dans ce point.*)

On ne put tirer que 30 grammes de sang au malade, et ce sang était encore liquide dans la soirée. Après la chûte des sangsues, à dix heures du matin, la respiration s'embarrassa, devint stertoreuse, et le malade mourut le même jour, sans avoir présenté de nouveaux symptômes remarquables.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE, QUARANTE HEURES APRÈS LA MORT, PAR UN TEMPS FRAIS.

État extérieur. Aucune trace de putréfaction, roideur cadavérique très prononcée; muscles non poisseux, d'une couleur naturelle.

Tête. Petite quantité de sérosité dans les ventricules latéraux; pie-mère, cerveau et cervelet, d'une fermeté normale, parfaitement sains.

Poitrine. Cœur peu volumineux et mou, facile à déchirer, contenant une médiocre quantité de sang liquide, semblable à celui de l'aorte dont les parois étaient pâles. — Poumons dans l'état naturel, à part un léger engoûment du lobe inférieur droit, et quelque peu d'emphysème vésiculaire, au bord tranchant de l'un et de l'autre, supérieurement.

Abdomen. Un peu de sérosité limpide était épanchée dans le péritoine, qui n'offrait rien autre chose de remarquable. — La membrane muqueuse de l'estomac était grisâtre, d'ailleurs saine. Il en était de même de celle du duodénum et de l'intestin grêle, jusqu'à trois mètres de la valvule iléocœcale. Mais on trouvait, dans cette dernière partie, à l'opposite du mésentère, un grand nombre de plaques ovalaires, ulcérées, jaunes à leur surface, ayant pour fond une matière homogène, infiltrée dans le tissu cellulaire sous-muqueux, colorée par la bile, à sa surface libre. Ces ulcérations avaient des bords saillants, et, dans le dernier mètre voisin du cœcum, elles étaient plus rapprochées

qu'ailleurs ; de manière à n'être séparées les unes des autres, que par des espaces de dix à douze millimètres. Entre ces dernières ulcérations la membrane muqueuse était rouge, tandis qu'elle n'offrait rien de remarquable entre les premières. — Le gros intestin était très météorisé, et sa membrane muqueuse dans l'état naturel. — Les glandes mésentériques étaient très volumineuses, rouges et ramollies. La rate, dont le volume était augmenté, était ramollie au point qu'on pouvait à peine la tenir par une extrémité, sans la rompre. — Les autres viscères et le canal de l'urètre lui-même n'offraient rien de remarquable.

Les symptômes éprouvés par le sujet qui nous occupe, et les lésions trouvées à l'ouverture de son corps, sont assurément bien faits pour exciter l'attention ; non, à la vérité, qu'on doive en conclure que l'affection typhoïde ait été, dans le cas actuel, la suite d'une mauvaise alimentation. Il semblerait plus logique, au contraire, de n'admettre ici qu'une simple coïncidence, puisque les symptômes aussi bien que les lésions observées lors de l'autopsie cadavérique, étaient les mêmes que ceux qu'on observe chez des sujets qui se trouvent dans les meilleures conditions hygiéniques ; dont les aliments, en particulier, ont toujours été de la meilleure qualité. On sent, d'ailleurs, que l'eau croupie, conseillée au malade, aurait un peu moins de vogue chez les gens de la classe ouvrière, si son usage était fréquemment et promptement suivi d'effets aussi graves que ceux qui ont eu lieu chez le sujet dont il s'agit ; en sorte, comme je le disais tout à l'heure, qu'il n'y a probablement eu ici qu'une simple coïncidence. Comment, d'ailleurs, tirer quelque conclusion générale d'un fait particulier, quand la relation de cause à effet n'est pas évidente et nécessaire,

en quelque sorte. Sans doute, comme je l'ai déjà remarqué, une alimentation de mauvaise qualité, et l'usage des substances à demi putréfiées, doivent avoir, en définitive, après un temps plus ou moins considérable, une influence fâcheuse sur la santé; et, à une époque où l'affection typhoïde ne rappellait aux médecins que des idées de putridité, on a pu facilement admettre l'influence d'une mauvaise alimentation sur la production de cette maladie. Mais aujourd'hui que ces idées sont très modifiées, on peut, sans nier cette influence, se demander dans quelles limites elle s'exerce; si elle est beaucoup plus favorable au développement de l'affection typhoïde qu'à celui de toute autre maladie aiguë; si elle agit comme cause prédisposante ou comme cause occasionnelle, et quelles sont les conditions qui en favorisent l'action. Car il ne faut pas oublier que l'affection typhoïde n'est pas une maladie de tous les âges, qu'on ne l'observe pas au-delà de cinquante ans, qu'il est même bien rare de l'observer à cette époque de la vie; bien qu'on puisse admettre, sans crainte d'erreur, que plus l'homme avance en âge, plus, dans la classe ouvrière du moins, ses aliments laissent à désirer. Le problème relatif à l'effet d'une mauvaise alimentation sur le développement de l'affection typhoïde, n'est donc pas aussi facile à résoudre qu'on aurait pu le croire au premier abord, et les faits que je vais exposer, relativement à la contagion, me semblent devoir encore reculer la solution du problème, en la rendant plus complexe et plus difficile.

ARTICLE VI.

De la contagion.

L'affection typhoïde est-elle contagieuse? La réponse à cette question se trouve dans les faits que la science possède; et il me suffira d'en rappeler quelques-uns pour en convaincre le lecteur.

Au mois d'octobre 1828, quelques jours avant la publication de mes Recherches sur l'affection typhoïde, M. Leuret, dont le nom rappelle de grands services rendus à la science, faisait connaître, par des faits suffisamment détaillés, une maladie qui lui avait offert tous les caractères de l'affection typhoïde pendant la vie comme après la mort de ceux qui y avaient succombé, et qui s'était développée successivement, chez des personnes qui avaient communiqué avec d'autres qui en étaient atteintes, ou qui leur avaient donné des soins, dans les hôpitaux ou dans des maisons particulières; alors même que leurs habitations n'offraient pas de cause d'insalubrité.

Avant cette époque, et depuis quelques années (1), M. Bretonneau avait vu l'affection, à laquelle il a donné le nom de *dothinentérie*, passer d'un village où elle régnait, dans un autre où elle n'existait pas, après l'arrivée, dans celui-ci, d'une personne qui avait séjourné, un espace de temps plus ou moins considérable, dans le premier. Et le même médecin affirmait (séance de l'Académie royale de médecine, 1829) que si la dothinentérie ne paraissait pas aussi évidemment contagieuse à Paris que dans les provinces, c'est que la trace de la contagion est difficile à saisir, et s'efface promptement dans les grandes villes; que d'ailleurs elle était favo-

(1) Cette circonstance est indiquée dans le Mémoire de M. Trousseau sur la dothinentérie, publié en 1826, (*Archives de médecine*. Tome X, pag. 166 et suiv.).

risée dans les villages par les rapports plus intimes des habitants, et à raison de l'agglomération des familles.

Plus tard, dans son beau Mémoire sur les épidémies des petites localités (1), M. Gendron, de Château-du-Loir, montrait, par l'exposition de faits nombreux, observés par lui, la dothinentérie atteignant successivement tous ou presque tous les habitants d'une même maison, après l'arrivée, dans celle-ci, d'une personne qui avait séjourné dans un village ou dans une commune où elle avait eu des relations avec des malades atteints de la même affection. Il racontait aussi que, dans les mêmes circonstances, après l'arrivée d'une personne malade dans un village, la dothinentérie s'était répandue de proche en proche dans les différentes maisons qui le composaient, quand il y avait eu des communications plus ou moins multipliées entre leurs habitants; que les personnes les plus constamment et les premières atteintes étaient celles qui avaient donné les soins les plus assidus aux malades; et, des faits nombreux et bien observés qu'il avait exposés, il concluait :

Que la dothinentérie se transmet de quatre manières différentes :

1° Directement et immédiatement, par le contact des malades, ou médiatement, par le séjour dans leur atmosphère.

2° Indirectement, à la suite de rapports médiats avec les individus qui approchent les malades, ou de rapports immédiats avec les effets qui ont servi aux dothinentériques.

3° Que ces quatre modes sont, quant à la fréquence, dans une proportion successivement décroissante.

4° Que les épidémies de fièvre typhoïde ont souvent pour origine l'importation de la maladie; que lorsque l'importation n'est pas constatée, l'ordre si constant de la propagation

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1854.

des premiers malades à leurs gardes, établit la vérité de ce principe : l'épidémie est l'effet et non la cause de la contagion.

5° Que la contagion agit en raison de la fréquence des communications et du nombre des malades, indépendamment de l'insalubrité des lieux et de la misère des habitations.

6° Que partout où une épidémie de dothinentérie avait reparu, il a été prouvé que cette recrudescence ne pouvait pas être attribuée à une insalubrité locale; qu'elle n'était point un effet épidémique, mais le résultat d'une nouvelle importation, ou de communications suspectes.

7° Qu'une dothinentérie isolée peut se propager, même quand tout porte à croire qu'elle a été spontanée.

8° Que cette maladie a une époque où elle est surtout contagieuse; que les convalescents peuvent la propager.

9° Que les immunités ne prouvent rien contre la contagion; qu'elles sont l'effet d'inaptitudes acquises, ou inexplicables et passagères.

L'immunité acquise par une première attaque de dothinentérie est surtout remarquable dans les faits cités par M. Gendron, faits que je m'empresse de citer, parce qu'ils sont aussi la preuve du caractère contagieux de l'affection typhoïde.

Ainsi, dit M. Gendron : 1° Trois journaliers contractèrent la maladie chez la veuve Rousseau; deux la communiquèrent à leur famille; le troisième ne la propagea pas : il fut soigné par sa femme, qui avait eu cette maladie quelques années auparavant.

2° Un domestique de Contereau transmit la fièvre typhoïde à sa sœur, à la nièce de ses maîtres; et ces derniers l'approchèrent sans danger. Ils avaient eu l'affection typhoïde quatre années avant lui.

3° Au Petit-Gênes, Juniet fils infecte tous ceux qui lui

donnent des soins, excepté son père et sa mère. Tous deux avaient eu, précédemment, la dothinentérie; le mari vingt ans, la femme deux ans avant l'épidémie, dont ce même fils est le point de départ.

4° En 1829, la même maladie est importée dans une nouvelle famille du Petit-Gênes, et ne va pas au-delà, malgré les visites des habitants du hameau, déjà frappé une fois.

5° A huit années de distance, deux épidémies affligent Coëmont, et la deuxième respecte tous ceux que n'a pas respectés la première.

Ces faits sont assurément d'une importance et d'un intérêt bien grands, puisqu'ils montrent, comme je le disais en commençant, deux choses : d'une part, l'effet préservatif d'une première attaque; d'autre part, la faculté de la maladie de se propager par contagion; car elle ne se développait que chez ceux qui donnaient des soins aux malades, quand, d'ailleurs, ils n'avaient pas été atteints de l'affection auparavant.

Mais la maladie observée et décrite par MM. Bretonneau, Leuret et Gendron, soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique, était incontestablement l'affection typhoïde; puisque la lésion qui la caractérise anatomiquement a été constamment trouvée chez ceux qui ont succombé : il faut donc reconnaître que l'affection typhoïde est contagieuse, au moins dans les départements.

D'ailleurs, ce qu'ont observé MM. Leuret, Bretonneau et Gendron, l'a été, depuis, par beaucoup d'autres médecins. Et assez récemment, M. le docteur Putégnat a rapporté qu'après une visite faite à une personne qui revenait d'un village où régnait la fièvre typhoïde, une femme fut atteinte de cette affection, et, peu de jours après, son mari et leurs

six enfants. Une seule personne échappa ; elle était âgée de quatre-vingt-deux ans (1). M. Putegnat rapporte encore d'autres faits semblables qui ne laissent aucun doute sur le caractère contagieux de la maladie.

Il n'est pas, d'ailleurs, comme l'observe M. Gendron, de contagion infaillible, qui attaque, sans exception, tous ceux qui s'y exposent; et ce médecin cite beaucoup d'exemples d'immunité remarquable, relatifs à des personnes qui ont fréquenté, sans inconvénient, soit en leur donnant des soins, soit autrement, des malades atteints d'affection typhoïde.

Cependant, et bien que les faits rappelés dans cet article aient été admis par tout le monde, ils ont causé un certain étonnement à Paris, où le caractère contagieux de l'affection typhoïde, dans les hôpitaux ou ailleurs, n'est pas facile à constater; de manière que ce caractère est bien loin d'être généralement admis. Dans les hôpitaux de la capitale, en effet, on ne voit pas, comme l'observe M. Andral, que la maladie passe de celui qui l'apporte du dehors à celui qui est couché dans le lit voisin. Hors des hôpitaux, les circonstances les plus favorables à la contagion semblent réunies chez les élèves en médecine qui soignent leurs camarades atteints d'affection typhoïde : renfermés dans des chambres ordinairement peu spacieuses, ils leur prodiguent les soins les plus assidus; si la maladie était contagieuse, dit le même médecin, presque tous devraient la contracter; et cependant, ajoute-t-il, nous ne nous rappelons pas avoir vu la maladie naître une seule fois de cette manière, chez un individu sain.

A cela MM. Bretonneau et Gendron répondent, comme je l'ai déjà indiqué, que si la fièvre typhoïde ne paraît pas contagieuse à Paris, c'est que la trace de la contagion est difficile à saisir, et s'efface promptement dans les grandes villes.

(1) *Gazette médicale*, 1837.

Et cela est tellement vrai, que si la variole, la scarlatine, la rougeole n'étaient pas aussi incontestablement contagieuses, on pourrait en douter en se bornant à la pratique des hôpitaux *d'adultes*, où il est bien rare de pouvoir s'assurer que tel individu, atteint de l'une de ces maladies, a communiqué directement ou indirectement avec une personne atteinte de la même affection. Il est encore d'observation qu'il est assez rare de voir les maladies contagieuses, la rougeole par exemple, se propager de lit en lit dans les mêmes hôpitaux. Mais si l'on peut s'expliquer ce fait en admettant que les malades reçus dans ces établissements, ont eu, pour la plupart, la rougeole avant d'y entrer ; cela n'est pas moins vrai, dans une certaine mesure, pour l'affection typhoïde, dont tant d'enfants, en très bas âge, sont atteints ; de manière que les objections que j'examine n'ont pas toute la valeur qu'on est tenté de leur accorder au premier abord.

A la vérité, hors des hôpitaux, quand, dans une même famille, plusieurs personnes n'ont pas eu la rougeole, et que l'une d'elles en est atteinte, les autres ne tardent pas à l'avoir, même en évitant les communications directes ; ce qui n'a pas lieu pour l'affection typhoïde. Mais d'abord on conviendra que la rougeole est une maladie bien plus facile à reconnaître que l'affection typhoïde ; et comme beaucoup de personnes, jeunes encore, qui soignent des malades atteints de cette affection, l'ont eue dans leur enfance, sans qu'on s'en doutât ; les chances de contagion s'en trouvent diminuées proportionnellement ; et tel individu qui ne gagne pas la maladie, peut devoir cette immunité, non à ce qu'elle n'est pas contagieuse, mais à ce qu'il l'a eue une première fois : et alors le parallèle que j'établis ne prouve rigoureusement rien, si ce n'est que la rougeole est beaucoup plus contagieuse que l'affection typhoïde ; ce dont per-

sonne ne doute, pas même ceux qui croient le plus fermement à la faculté contagieuse de cette dernière maladie.

Quant à l'objection tirée des étudiants en médecine qui soignent leurs camarades atteints d'affection typhoïde, impunément, on peut dire, avec MM. Bretonneau et Gendron, que ces étudiants se relèvent, qu'ils ne se trouvent pas, à beaucoup près, dans des conditions aussi défavorables que les habitants de la campagne qui sont souvent réunis dans une seule chambre, logés dans des maisons peu spacieuses, mal aérées, mal éclairées. Les rapports des paysans entre eux sont très fréquents, et les chances de contagion, multipliées, dès qu'ils ont un seul malade. L'air de leur appartement, peu renouvelé, doit être plus imprégné de poison, quel qu'il soit. Aussi, les ouvriers qui travaillent au dehors, pendant la journée, contractent moins vite l'affection que ceux qui font l'office de garde-malade.

D'ailleurs, s'il est vrai de dire que l'affection typhoïde se montre rarement dans les hôpitaux de Paris consacrés aux adultes, chez les sujets qui y sont entrés pour d'autres maladies ; elle s'y développe cependant quelquefois. J'en ai été témoin à l'hôpital de la Pitié, chez un sujet ; et, au commencement de l'année dernière, j'ai observé deux cas semblables à l'Hôtel-Dieu, dans l'espace de deux mois, chez des individus de moins de trente ans, dont l'un avait une maladie organique du cœur. Et ces faits, qui n'ont pas de valeur au premier abord, sont néanmoins très concluants relativement à l'objet qui nous occupe : car les deux cas d'affection typhoïde développés à l'Hôtel-Dieu, dans l'espace de deux mois, ont été observés à une époque où cette maladie, à raison du nombre d'individus qui en étaient atteints et qui se trouvaient dans ma division, pouvait être considérée comme vraiment épidémique ; ce qui n'avait pas eu lieu de-

puis dix ans. En sorte que, si l'on pouvait tirer de faits si peu nombreux une conclusion générale, on devrait admettre que les cas d'affection typhoïde qui se développent dans les hôpitaux de Paris, sont proportionnés au nombre des individus qui y sont admis pour cette maladie, dans un temps donné; ce qui s'expliquerait mieux dans l'hypothèse de la contagion que dans toute autre.

Le nombre des ouvriers ou des étudiants récemment arrivés à Paris, et qui sont atteints de l'affection typhoïde, parle encore en faveur du caractère contagieux de cette maladie. En admettant, en effet, que l'affection typhoïde soit contagieuse, comme elle n'existe pas constamment dans les hameaux ou dans les villages, on conçoit, sans peine, que des jeunes gens arrivant dans une ville où cette affection règne constamment à divers degrés, la contractent en plus ou moins grand nombre par suite des rapports directs ou indirects qu'ils ont avec les malades; surtout par suite des rapports indirects, puisque, d'après les faits recueillis par M. Bretonneau et par M. Gendron, il suffit de coucher dans une chambre habitée, pendant quelque temps, par un dothinentérique, pour contracter la maladie dont celui-ci était atteint. Et, ajoute M. Bretonneau (1), « pense-t-on » que l'on prenne souvent le soin, dans les hôtels garnis, de » lessiver les matelas et les fournitures du lit sur lequel un » jeune homme affecté de dothinentérie sera resté pendant » plusieurs jours, et sur lequel même il aura succombé? Et » qu'un autre étranger, que la dothinentérie peut encore » atteindre, vienne la contracter dans le même appartement, » sur le même lit; d'où viendront les renseignements qui » pourraient mettre sur la voie de la contagion? »

Il me semble désormais impossible, après tout ce qui

(1) *Archives générales de médecine*, septembre 1829.

précède, de nier le caractère contagieux de l'affection typhoïde, même à Paris. Car, qu'on le remarque bien, aucun doute ne s'élève sur le caractère de la maladie observée par M. Bretonneau, M. Gendron et ceux qui partagent leur opinion ; les symptômes observés par eux pendant la vie, et les lésions trouvées après la mort, sont les mêmes que chez les individus atteints de l'affection qui nous occupe ; et comment admettre que la même maladie soit contagieuse à Tours et à Château-du-Loir, et ne le soit pas à Paris ? La seule différence qu'on puisse établir à cet égard entre Paris, les villages et les hameaux, c'est qu'à raison des rapports multipliés des paysans entre eux, de leurs maisons peu spacieuses, mal aérées, mal éclairées, etc., etc., les chances de contagion sont réellement moindres en ville et dans les hôpitaux que dans les familles nombreuses des petites localités ; ce que M. Gendron, dont j'emprunte ici les propres expressions, s'empresse de reconnaître la réalité. J'ajouterai, comme un dernier fait en faveur du caractère contagieux de l'affection typhoïde, que, suivant toutes les apparences, et d'après ce qui a été dit dans l'article précédent, l'affection typhoïde et le typhus sont la même maladie, et qu'il n'est personne, je le crois du moins, qui ne reconnaisse que le typhus se propage par contagion.

On dira peut-être maintenant qu'il est difficile de concilier la propriété contagieuse de l'affection typhoïde avec les faits exposés dans les deux premières parties de cet ouvrage, et desquels il résulte que l'altération des plaques elliptiques de Peyer, qui forme le caractère anatomique de la maladie, commence dès son début, ou avec les premiers symptômes, au moins dans la très grande majorité des cas ; ce qui n'a pas lieu dans plusieurs affections contagieuses.

Cette objection me paraît beaucoup moins embarrassante

qu'on ne pourrait le croire, vu qu'un fait une fois bien constaté, il faut l'admettre, quelles que soient les conséquences qui paraissent en découler ; et la faculté contagieuse de l'affection typhoïde me paraissant démontrée par les faits, je l'admets sans hésitation. D'ailleurs, si les symptômes généraux qui devancent ordinairement le développement des lésions qui caractérisent les maladies contagieuses éruptives, persistent pendant un certain espace de temps avant l'apparition de ces lésions, cet espace est très variable, quelquefois très rapproché du début, comme on l'observe dans la rougeole, où l'éruption a quelquefois lieu moins de vingt-quatre heures après l'apparition des premiers symptômes. Ajoutons que les caractères généraux des affections éminemment contagieuses ne sont pas tous les mêmes ; en sorte que les unes n'ont lieu qu'une fois chez le même sujet, tandis que les autres peuvent se répéter indéfiniment ; qu'ainsi les différences signalées entre les affections contagieuses éruptives et l'affection typhoïde, sous le rapport des symptômes précurseurs, ne prouvent absolument rien contre le caractère contagieux de cette maladie. D'ailleurs, comment établir, sur tous les points, un parallèle entre des maladies dont les caractères anatomiques ne se ressemblent ni pour la forme, ni pour l'importance, ni pour le siége ?

Quelle que soit, au reste, l'opinion qu'on adopte sur les causes prochaines ou éloignées de l'affection typhoïde, ces causes ont sans doute une certaine part à la mortalité et au développement des lésions secondaires ; ce qu'on peut dire de beaucoup d'autres maladies graves. Toutefois, il ne faut pas attribuer à ces causes une trop grande part dans la mortalité ou dans le mouvement fébrile, comme me semblent l'avoir fait quelques personnes qui ont plus particulièrement fixé leur attention sur des cas où l'altération de l'intestin

grêle était peu considérable, et sans proportion avec la violence des symptômes. On a vu, en effet, dans la première partie de cet ouvrage, que le nombre des plaques elliptiques altérées était généralement considérable, de douze à quarante chez les deux tiers des sujets dont j'ai recueilli l'histoire. Ces plaques avaient, terme moyen, plus de 9 centimètres de superficie, 14 centimètres environ, et formaient, par leur réunion, une surface considérable, supérieure, dans la plupart des cas, à celle de la peau enflammée dans l'érysipèle de la face. Ces plaques à peine altérées, les glandes mésentériques correspondantes l'étaient aussi d'une manière analogue; bientôt la membrane muqueuse intermédiaire aux plaques subissait, dans la plupart des cas, une lésion plus ou moins grave. Si l'on ajoute que les plaques altérées étaient perpétuellement en contact avec des matières devenues irritantes pour elles, on conviendra que le mouvement fébrile observé dans l'affection typhoïde, n'était guère moins proportionné à l'état de l'intestin grêle, que celui qui a lieu dans l'érysipèle de la face ne l'est à l'étendue de la peau enflammée. Si les sens n'apprécient pas tout, s'il y a autre chose que ce qu'on voit dans une affection typhoïde, il en est de même dans presque toutes les maladies internes, qui ne sont guère moins mystérieuses, sous ce rapport, que les fièvres.

Encore un mot relativement aux causes de l'affection typhoïde. J'ai dit, au sujet de son diagnostic différentiel, qu'il n'était pas possible, aujourd'hui, d'amener le développement de cette maladie par un moyen quelconque; mais si, comme tout porte à le croire, elle ne diffère pas du typhus, on devrait s'attendre à la voir apparaître chez des personnes qui seraient placés dans des circonstances semblables à celles au milieu desquelles se trouvent les soldats, par exemple, quand il y a encombrement.

QUATRIÈME PARTIE.

DU TRAITEMENT.

S'il est difficile, à l'aide d'un certain nombre d'observations exactes, de décrire, avec précision, les symptômes, la marche d'une affection, et, en général, d'exposer clairement tout ce qui peut la faire connaître ; il l'est bien davantage, non pas d'indiquer la meilleure méthode de traitement, mais d'apprécier, d'une manière rigoureuse, l'effet, *quel qu'il soit*, d'un agent thérapeutique. Car il ne suffit pas, pour cela, d'estimer l'effet immédiat de cet agent, ce qui n'est pas aussi facile qu'on pourrait se l'imaginer au premier abord ; il faut surtout indiquer le résultat de son action relativement à la mortalité, à la marche lente ou rapide de la maladie ; et, pour atteindre ce but, il est nécessaire de comparer entre eux un assez grand nombre de cas d'une même affection, au même degré ; les uns relatifs à des sujets dont la maladie aura été abandonnée à elle-même, les autres à des individus auxquels tels ou tels médicaments auront été administrés. Ce travail fait, il faut étudier le même agent thérapeutique chez ceux dont la maladie est grave, et chez ceux qui l'offrent à un médiocre degré ; dans les cas où il a été employé à des doses fortes ou à des doses faibles, à une époque rapprochée ou éloignée du début, seul ou concurremment avec d'autres moyens : et non-seulement cette méthode exige beaucoup de travail, mais elle suppose une série considérable de faits dont la réunion est difficile, sur-

tout s'il s'agit de maladies graves, dont le péril engage toujours à de nouvelles tentatives et ne permet guère de rester simple spectateur. Car, qu'on y songe bien, il ne s'agit pas d'indiquer, par des à peu près, les méthodes qui ont *paru* avoir plus ou moins de succès; mais de démontrer, d'une manière incontestable, que tel médicament est utile ou nuisible, qu'il l'est plus ou moins, suivant la manière dont on l'emploie.

On sent, d'après ce préambule, que je n'ai pas la prétention d'établir, d'une manière définitive, la valeur des agents thérapeutiques employés dans le cours de l'affection typhoïde. Toutefois, j'ai tâché que, sous ce point de vue, mes observations ne fussent pas sans utilité pour la science, et je vais exposer successivement les faits relatifs à la saignée, aux toniques, aux vésicatoires, etc.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA SAIGNÉE.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

De cinquante-deux malades qui ont succombé (1), trente-neuf furent saignés un plus ou moins grand nombre de fois, les autres ne le furent pas. La durée moyenne de l'affection fut de vingt-cinq jours et demi chez les premiers, de vingt-

(1) J'ai cru pouvoir user, dans cette partie de mon ouvrage, de deux observations qui, n'offrant pas toute l'exactitude désirable sous le rapport de la description des organes, n'ont pas été employées jusqu'ici, mais qui ne laissent pas le moindre doute, cependant, sur la nature de la maladie à laquelle les sujets ont succombé.

huit chez les seconds; en sorte qu'au premier abord la saignée semblerait avoir accéléré la terminaison funeste de la maladie.

On objectera sans doute que dans plusieurs des cas où elle a été faite, la saignée était peut-être insuffisante, ou si peu considérable qu'on pourrait en faire abstraction et placer les cas de ce genre parmi ceux où l'on s'est abstenu d'émissions sanguines ; qu'il faudrait en faire autant pour les sujets qui ont été saignés à une époque éloignée du début; que la durée moyenne dont il s'agit n'aura de valeur que quand on aura tenu compte de cette double circonstance. Calculant d'après ces principes, et retranchant du nombre des individus saignés ceux qui ne l'ont été qu'après la seconde moitié de l'affection, ou dont la saignée n'a pas été de 360 grammes, au moins, à cette époque ; c'est-à-dire dix-huit sujets; la durée moyenne change effectivement un peu, devient, pour les individus non saignés, ou tardivement, ou trop peu saignés, de vingt-six jours ; et, de vingt-six un quart, pour ceux qui se trouvent placés dans des circonstances contraires : en sorte que la saignée semblerait ne pas avoir eu d'influence sur le cours de la maladie, dans les cas dont nous nous occupons.

Si maintenant on remarque qu'il n'est ici question que de savoir si les émissions sanguines ont *retardé* le terme fatal, on conviendra que j'ai beaucoup accordé à l'abondance et à l'opportunité de la saignée, en en faisant abstraction dans tous les cas où l'on aurait pu la croire pratiquée tardivement, ou avec trop de parcimonie; d'autant mieux que, de cette manière, le plus grand nombre des individus dont l'affection a été rapidement mortelle se trouve parmi ceux qui n'ont pas été saignés, et qu'on peut justement douter que, chez eux, une saignée, même large et pratiquée dès

le début des premiers symptômes, eût retardé le terme fatal.

Quelque étrange que puisse paraître ce résultat, il est néanmoins confirmé par un examen plus approfondi des faits. Car chez cinq malades qui furent saignés plus ou moins largement, au moyen de la lancette ou des sangsues, ou par l'un et l'autre moyens réunis, dans les cinq premiers jours de l'affection, la durée moyenne de celle-ci fut de vingt-un jours; et chez sept autres sujets saignés de la même manière, aussi abondamment, du sixième au dixième jour, elle fut de vingt-trois. C'est-à-dire que la marche funeste de la maladie a été plus rapide chez ces sujets que chez ceux qui ont été moins promptement et moins largement saignés, et d'autant plus que la première émission sanguine était plus rapprochée du début.

On dira peut-être encore que si les individus largement saignés, dans les premiers dix jours de la maladie, ont succombé plus rapidement que ceux qui se trouvaient dans des conditions opposées, cela ne pouvait provenir que de l'intensité de l'affection, probablement plus considérable chez les premiers que chez les seconds. A quoi je répondrai que les cas les plus graves, ou ceux dans lesquels la mort est arrivée le plus rapidement, ne sont pas relatifs aux sujets en question; et, après tout, on se demandera en quoi consiste l'utilité de la saignée si, quand on la pratique largement et dès le début (obs. 8, 28, 42, etc.), elle ne diminue ni le péril des affections graves, ni leur intensité; si elle ne peut en retarder, de quelques jours, la terminaison funeste.

Autre objection. La saignée n'a pas été le seul moyen employé dans les cas dont il s'agit; des toniques ont été administrés plus tard; peut-être ont-ils paralysé l'influence des

émissions sanguines. Les faits ne viennent pas à l'appui de cette objection : car de vingt sujets qui furent saignés assez largement, et avant la seconde moitié de la maladie, sept prirent des toniques (deux des toniques forts), et la durée moyenne de l'affection fut, chez eux, de trente-un jours : en sorte que de ces deux agents appliqués aux mêmes sujets, la saignée et les toniques, ceux-ci sembleraient avoir été les seuls utiles. Mais je reviendrai plus tard sur ce point, et je remarquerai seulement ici que la saignée n'a pas été plus largement pratiquée dans les sept derniers cas que dans les autres ; qu'on ne saurait, par conséquent, lui attribuer la prolongation de la durée moyenne de l'affection (obs. 1, 17, 25, 36, 46, 47, 48).

Il paraîtra peut-être superflu, maintenant, d'étudier l'effet des émissions sanguines sur chacun des symptômes, le jour ou le lendemain du jour où elles ont été prescrites. Mais moins les résultats qui viennent d'être exposés sont d'accord avec l'opinion la plus générale, plus il répugne d'y donner son assentiment, et plus il importe d'entrer dans des détails qui, sans les expliquer, deviennent, par leur unanimité, une nouvelle raison de les admettre.

Quatre malades éprouvèrent un soulagement réel, bien que passager, à la suite des émissions sanguines. Ce soulagement eut lieu, chez l'un d'eux, après chacune des deux premières saignées, faites avant le septième jour de l'affection ; ce qui ne l'empêcha pas de mourir au quatorzième, après une nouvelle saignée et trois applications de sangsues (obs. 42). D'autres sujets, au contraire, furent plus souffrants, plus mal à leur aise le lendemain du jour où les émissions sanguines eurent lieu, qu'auparavant. Si, à raison de la marche ordinaire de la maladie, on ne doit pas en conclure que la saignée ait été réellement nuisible dans ces cas, au moins

est-il vrai de dire qu'elle n'a pas empêché les progrès de l'affection (obs. 21, 26).

Le *pouls* fut observé le jour et le lendemain de la saignée, dans la moitié des cas. Je le trouvai un peu moins accéléré après qu'avant l'émission sanguine, chez quatre sujets saignés à des époques très variées de la maladie, mais pour peu de temps. Il conserva, chez les autres, le caractère et la vitesse qu'il avait au moment de la saignée, ou devint plus accéléré le lendemain du jour où elle fut pratiquée; encore que l'un de ceux qui se trouvaient dans ce cas ait éprouvé un peu de soulagement après l'émission sanguine.

Bien, comme on le verra dans un instant, qu'on ne puisse pas attribuer, d'une manière sûre, la diminution de la vitesse du pouls, observée dans les cas précédents, à la déplétion du système circulatoire ; il est vrai de dire néanmoins qu'elle était plus ordinaire après la saignée par la lancette qu'à la suite de l'application des sangsues ; en sorte que si les émissions sanguines peuvent être utiles dans le cours de l'affection typhoïde, si l'on pouvait conclure, rigoureusement, d'après le petit nombre de sujets dont il s'agit, le premier moyen serait préférable au second, le but immédiat de la saignée étant la diminution de la vitesse du pouls.

Le *délire* diminua, le lendemain de la saignée, dans deux cas, et il cessa, dans un troisième, où il existait à un faible degré. Dans les autres, les fonctions cérébrales, dans quelque état qu'elles fussent, n'éprouvèrent pas de changement appréciable ; ou bien, le délire débuta le soir même, ou le lendemain du jour où la saignée fut faite, ou il prit plus de violence. Cette persévérance, ou cette augmentation des symptômes cérébraux, eut lieu chez un assez grand nombre de sujets, quelque abondantes que fussent les saignées, et de quelque manière qu'on les pratiquât (obs. 2, 8, 21, 28,

34). — Il convient encore de remarquer que l'amélioration observée dans les trois cas dont il vient d'être question, suivit, non l'application des sangsues, mais la saignée par la lancette : ce qui vient en preuve de ce qui a été dit tout à l'heure, de la préférence à donner à ce mode d'émission sanguine.

Les améliorations du côté de l'*abdomen* n'étaient pas plus marquées. Le dévoiement ne diminua un peu, le lendemain de la saignée, que dans trois cas où elle fut pratiquée avec la lancette (obs. 5, 54) ; il persista au même degré, ou prit de l'accroissement chez les autres sujets. — Les douleurs augmentèrent vingt-quatre heures après la saignée dans un cas (obs. 25), furent stationnaires dans les autres, ne diminuèrent dans aucun. — Le météorisme se montra, pour la première fois, ou prit plus de développement, le lendemain de l'ouverture de la veine, chez deux sujets (obs. 2, 28). Il ne diminua chez aucun, de quelque manière que la saignée eût été faite.

La *langue* fut sensiblement plus humide, le lendemain que le jour même de la saignée, dans un cas (obs. 46).

Ainsi, les changements heureux observés dans l'état du pouls, de la chaleur et des fonctions cérébrales, à la suite de la saignée, ont été rares ; assez souvent, au contraire, l'état de la circulation ou des autres fonctions resta le même, ou devint plus grave, dans les mêmes circonstances : de manière qu'il n'est pas possible d'affirmer que dans les cas où elle a eu lieu, l'amélioration fût le résultat de la saignée ; avec d'autant plus de raison que les sujets dont le pouls fut moins accéléré après les émissions sanguines qu'avant, périrent, terme moyen, au vingt-troisième jour de l'affection, à la même époque que ceux chez lesquels une amélioration semblable ou apparente n'avait pas eu lieu, après des émissions sanguines, d'ailleurs

semblables, sous le rapport de la quantité et de l'epoque à laquelle on les avait ordonnées.

L'observation des symptômes chez les sujets qui ne furent pas saignés, ou dans les cas où on pratiqua des saignées à quelque distance des émissions sanguines, fortifie ces doutes. Le *pouls* offrit des variations en plus et en moins, du huitième au vingtième jour de l'affection, chez neuf sujets qui ne furent pas saignés ; et, chez l'un d'eux, qui peut servir d'exemple, il battit successivement, cent huit, cent douze et quatre-vingt-dix fois par minute. Il en fut de même chez cinq sujets saignés dans les dix premiers jours de la maladie, et chez deux autres qui le furent après cette époque. — La *chaleur* offrit de notables alternatives d'augmentation et de diminution, dans la quatrième partie des cas. Des variations analogues eurent lieu pour le *délire*, chez deux sujets : elles furent très prononcées pour les *selles*, chez le quart des individus, quatre, cinq et six jours de suite ; et ces variations eurent lieu soit chez ceux qui furent saignés une ou plusieurs fois, avant ou après l'émission sanguine, à une distance plus ou moins considérable ; soit chez les malades auxquels on n'avait soustrait de sang par aucun moyen, et indépendamment des toniques qui ne furent administrés qu'à des époques plus éloignées. Et, pour en donner un exemple, ces variations spontanées, dans la fréquence des selles, furent représentées, dans un cas, du quinzième au dix-huitième jour de l'affection, par les nombres cinq, dix, trois et huit. — La langue offrait aussi, dans les mêmes circonstances, des alternatives de mieux et de pis.

Ces variations spontanées justifient ce que j'ai dit précédemment de la difficulté d'apprécier l'effet immédiat des moyens thérapeutiques les plus énergiques, en apparence ; elles indiquent, ce me semble, qu'il y aurait de la témérité à

attribuer, du moins sans exception, les faibles améliorations survenues après la saignée, à celle-ci ; et elles montrent la nécessité d'observer avec attention, et jour par jour, l'état des fonctions, afin de connaître parfaitement la marche des symptômes.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri.*

Des quatre-vingt-huit malades qui étaient dans ce cas, soixante-deux furent saignés ; on s'abstint d'émissions sanguines chez les autres, soit à raison de la faiblesse de la réaction, soit parce que les sujets vinrent à l'hôpital à une époque trop éloignée du début. La durée moyenne de l'affection fut de trente-un jours chez ceux-ci, et de trente-deux chez les autres (1). Premier résultat peu favorable à l'action de la saignée.

Sans doute ce résultat n'aurait aucune importance, ne prouverait absolument rien, si, d'un côté, se trouvaient tous les cas d'affection typhoïde grave, et, de l'autre, tous les cas d'affection typhoïde légère. Mais il n'en était pas ainsi, et, sous ce rapport, la différence entre ces deux ordres de faits n'était pas considérable. Car, parmi les individus *non saignés*.

La maladie fut grave dans 15 cas,
légère dans 11 ;

parmi les individus *saignés :*

elle fut grave dans 42 cas,
légère dans 20 ;

et sa durée moyenne fut de :

33 et 28 jours chez les premiers,
34 et 29 chez les seconds.

(1) J'ai placé la fin de la maladie ou l'époque de la convalescence, au moment où les malades ont commencé à manger un peu de pain. (Voyez la note de la p. 427 du 1er vol.)

D'où il semblerait naturel de conclure que l'inefficacité des émissions sanguines était la même, quel que fût le degré de l'affection, et que la durée moyenne de celle-ci n'était que peu influencée par son degré.

Mais ici, comme chez les sujets qui ont succombé, on se demandera sans doute si l'inutilité de la saignée ne proviendrait pas de l'époque tardive à laquelle on l'aurait pratiquée, de ce qu'elle aurait été trop peu abondante, ou paralysée par l'action des toniques.

Relativement aux première et seconde objections, voici les faits. Chez dix-sept individus dont l'affection offrit des symptômes *graves*, la saignée fut pratiquée deux fois, du premier au dixième jour, à la dose de 300 à 400 grammes chaque fois, et la durée moyenne de la maladie fut de trente jours, que la première émission sanguine eût eu lieu dans les cinq premiers ou au-delà. Cette durée fut de trente-deux jours et trois quarts chez les sujets dont la première saignée fut faite du dixième au vingtième jour. En sorte qu'il semblerait que la marche de l'affection a été abrégée de trois jours dans les cas graves où la saignée fut pratiquée dans les dix premiers de la manière indiquée, effet peu considérable sans doute, mais qui doit paraître d'autant plus vraisemblable, qu'il n'est pas en contradiction avec ce qui a été exposé ci-dessus de la durée de l'affection, qui ne varie pas, à beaucoup près, proportionnément à son degré, dans l'ensemble des cas.

L'effet des émissions sanguines fut à peu près le même chez les sujets dont l'affection fut *légère;* en sorte que chez ceux qui furent saignés du premier au dixième jour, la durée moyenne de l'affection fut de vingt-cinq jours, trois de moins que dans les cas analogues où aucune espèce de saignée ne fut faite. Cette durée fut de près de trente jours chez

ceux dont la première saignée n'eut lieu que du dixième au vingtième.

Pratiquée dans les dix premiers jours de l'affection, la saignée semble donc en abréger le cours, quel qu'en soit le degré; et elle paraît être plus nuisible qu'utile quand on la pratique après cette époque, dans les cas où la maladie est légère.

Bien que les faits dont ces corollaires ne sont que l'expression soient en trop petit nombre pour faire loi, ils me semblent dignes d'attention, vu l'accord qu'ils présentent dans les deux principales nuances de la maladie.

J'ai encore cherché si la durée moyenne de l'affection n'offrait pas quelque variété, suivant le mode d'émission sanguine, par la lancette ou par les sangsues; et je n'en ai trouvé aucune.

Quant à la troisième objection, relative à l'action des toniques, voici ce qui eut lieu. Quatre malades saignés du premier au dixième jour, et dont l'affection fut *grave*, prirent des toniques, à compter des quinzième, vingt-sixième et vingt-huitième jour; et la durée moyenne de la maladie fut de trente-trois jours; précisément ce qu'elle était dans les cas analogues où la saignée n'eut pas lieu, et plus longue, de trois jours, que dans l'ensemble de ceux où les émissions sanguines furent assez abondantes dans les premiers dix jours de l'affection. Les toniques furent encore administrés à quatre individus dont la maladie était grave, et auxquels on ne pratiqua de saignée que du dixième au vingtième jour; et chez eux la durée moyenne de la maladie fut de trente huit jours; de manière qu'on pourrait croire, au premier abord, que les toniques ont retardé la convalescence. Mais cette conséquence n'est pas rigoureuse à beaucoup près, vu que les huit malade traités par les toniques étaient

des exemples de l'affection à un plus haut degré que dans la plupart des cas ; que ces toniques ont été administrés à une époque très éloignée du début, rapprochée du trentième jour de la maladie, ou de sa durée moyenne, et que la gravité des symptômes, à cette époque, ne permettait pas d'espérer une convalescence très prochaine, quel que fût le traitement mis en usage.

Les toniques ne furent administrés que dans un cas d'affection typhoïde *légère*, où la saignée fut faite dans les premiers dix jours; de manière que je n'ai rien à dire sur la complication d'effets de ces deux agents thérapeutiques, dans ce degré de l'affection.

Si d'ailleurs je n'ai pas tenu compte des complications dans l'appréciation des effets de la saignée, c'est qu'ici, comme dans les cas où l'issue de la maladie a été funeste, la chose m'a paru inutile; les complications tenant à la nature de l'affection, en étant une suite plus ou moins nécessaire, et ne devant pas en être séparées quand il s'agit d'apprécier sa mortalité ou sa durée moyenne.

Quant aux *effets immédiats*, ils ne furent pas plus prononcés que chez les individus qui succombèrent. Ainsi, chez la troisième partie de ceux qui furent saignés dans les dix premiers jours de l'affection, le pouls resta stationnaire le lendemain de l'opération; il fut un peu plus accéléré, à la même époque, chez un pareil nombre de sujets; tandis que sa vitesse diminua de quelques pulsations chez les autres, mais pour un petit nombre de jours seulement. — Il n'offrit aucun changement appréciable, le lendemain de la saignée, dans la plupart des cas où elle ne fut pratiquée que du dixième au vingtième jour; ses pulsations étaient moins nombreuses, de cinq, chez deux malades; plus nombreuses au contraire chez un troisième, après les deuxième et troi-

sième saignées, et, chez quatre autres, après la première. — Chez le petit nombre de sujets qui ne furent saignés qu'après le vingtième jour, la vitesse du pouls augmenta ou diminua le lendemain de l'opération, dans un égal nombre de cas.

Dans la très grande majorité de ceux où la saignée fut faite du premier au dixième jour de l'affection, la *chaleur* fut stationnaire, douze et vingt-quatre heures après; elle augmenta chez deux sujets, fut moindre chez un autre. — Elle n'offrit pas de changement appréciable chez les trois cinquièmes de ceux qui furent saignés dans la période suivante; elle parut un peu diminuée chez la plupart des autres, mais pour peu de temps; et elle augmenta, comme la vitesse du pouls, après chaque émission sanguine, chez un sujet qui fut saigné trois fois avant le quatorzième jour de la maladie.

Que la saignée fût faite dans les dix premiers jours de l'affection ou dans ceux qui suivirent, le *délire*, la *somnolence* et la *stupeur* n'en furent diminués dans aucun cas; dans la plupart, au contraire, ils furent plus marqués le lendemain que le jour même de l'émission sanguine. D'où il faut au moins conclure, que le traitement antiphlogistique n'empêchait pas le développement de ces symptômes. — Chez deux individus le délire débuta douze heures après la saignée.

Dans trois cas les *douleurs de ventre* cessèrent le lendemain du jour où elle fut pratiquée. L'inverse eut lieu dans deux autres, où les douleurs débutèrent à cette même époque.

Le *météorisme* augmenta beaucoup, chez deux sujets, dans les mêmes circonstances. Les *selles* furent aussi très nombreuses, après la première ou la seconde saignée, dans cinq cas : le lendemain d'une application de sangsues à l'a-

nus, chez un sixième. Elles diminuèrent, après le même mode d'évacuation sanguine, chez un septième sujet; elles furent stationnaires chez les autres.

La *langue* n'offrit pas de changements appréciables, le lendemain de la saignée, dans la moitié des cas; elle fut plus humide ou plus sèche, dans l'autre moitié, à peu près un égal nombre de fois.

En définitive, les faits consignés dans cet article semblent indiquer : 1° que l'effet immédiat des émissions sanguines, ou celui qui peut s'en suivre le lendemain de la saignée, sur l'état des symptômes de l'affection typhoïde, est nul, ou presque nul, ou qu'il n'est pas évident; 2° que la saignée pratiquée deux fois, dans les dix premiers jours de l'affection, peut en abréger un peu le cours.

Mais la saignée a-t-elle arraché à la mort quelques-uns des sujets qui ont guéri ? Ce qui précède semble l'indiquer. Car si la saignée peut abréger de trois à quatre jours la durée de l'affection, c'est sans doute en modifiant les altérations auxquelles elle se trouve liée, en arrêtant peut-être celles dont la marche eût été funeste, et en diminuant les chances des lésions secondaires, qui deviennent, dans bien des cas, les véritables causes de la mort; et le rapprochement de ceux dans lesquels l'issue de la maladie a été heureuse ou malheureuse, semble confirmer cette manière de voir.

De quatre-vingt-un sujets qui éprouvèrent des symptômes *graves* et qui furent saignés, trente-neuf ou près de la moitié périrent.

De vingt-huit dont l'affection offrait le même caractère et qui ne furent pas saignés, treize ou près de la moitié succombèrent.

Ce premier résultat, comme plusieurs de ceux qui pré-

cèdent, semble indiquer que les émissions sanguines n'ont point eu de résultat appréciable sur la mortalité.

Mais de vingt-neuf sujets qui furent saignés deux fois, du premier au dixièmes jour de la maladie, douze seulement périrent, ou les quatre dixièmes environ; c'est-à-dire que, traitée de cette manière, la maladie fut un peu moins fréquemment mortelle que dans l'ensemble des cas où la saignée fut pratiquée, ou dans ceux où l'on s'en abstint entièrement.

Parmi les cinquante-deux sujets qui furent encore saignés, les uns le furent dans les premiers dix jours de l'affection, à la dose de moins de 360 grammes; les autres, après cette époque, et perdirent, pour la plupart (les six septièmes), de 600 à 700 grammes de sang, quelques-uns plus. Des premiers, au nombre de quatorze, sept, ou moitié, périrent, et parmi les seconds, au nombre de trente-huit, vingt succombèrent.

Il semblerait donc : 1° que la saignée faite dans les dix premiers jours de la maladie, à la dose de 360 grammes, et répétée deux fois dans les cas *graves*, a sauvé la vie à quelques individus; puisque, parmi les sujets qui ne furent pas saignés, le nombre de ceux qui guérirent ne fut supérieur au nombre de ceux qui succombèrent, que d'un quatorzième; et que, parmi ceux qui furent saignés de la manière indiquée, cet excédant fut d'un sixième;

2° Que, faite encore à la même époque, mais une seule fois, et à la dose de moins de douze onces, elle a été sans effet;

3o Qu'elle a été nuisible, pratiquée, pour la première fois, du vingtième au vingt-cinquième jour, et assez largement.

Ainsi, sous quelque point de vue que nous considérions les faits, nous voyons dans la saignée un moyen thérapeu-

tique de quelque utilité, dans le cours de l'affection typhoïde, quand on l'emploie convenablement et à une époque rapprochée du début : et cet accord, dans les résultats, doit leur prêter une force que le petit nombre de faits sur lesquels ils reposent, pourrait ne pas permettre de leur accorder.

D'ailleurs, ce peu d'effets de la saignée dans l'affection typhoïde n'a rien qui doive surprendre, vu qu'on l'observe presque au même degré dans les autres affections aiguës et les plus franchement inflammatoires, la péripneumonie, l'érysipèle, etc. (1). J'ai employé à dessein le mot *franchement*, parce que, dans plusieurs cas d'affection typhoïde, la tendance des plaques elliptiques de l'intestin grêle à l'ulcération, domine; que l'inflammation y est très peu considérable, comme je l'ai fait remarquer plus haut (pag. 225 et 255); et qu'on peut se demander si les émissions sanguines, pratiquées peu après le début, auraient quelque utilité dans cette variété de l'affection, qui, d'ailleurs, ne s'accompagne que d'un mouvement fébrile peu considérable.

Les résultats que je viens d'exposer ont généralement été considérés comme exacts; on a reconnu que, pratiquées dans la mesure indiquée, les émissions sanguines n'ont que peu d'influence sur la marche et sur la terminaison de l'affection typhoïde. Mais l'on s'est demandé si les inductions auxquelles j'ai été conduit sur l'inutilité de prodiguer les émissions sanguines, dans l'intention de juguler la maladie, étaient bien fondées; s'il ne conviendrait pas, au contraire, de

(1) Voyez mes *Recherches sur l'effet du traitement antiphlogistique*, *Archives générales de médecine*, cahier de novembre 1828 ; puis la 2e édition du même travail. *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*. Paris, 1835, in-8.

saigner plus largement, et surtout de rapprocher les saignées davantage qu'on ne l'a fait jusqu'ici. M. Bouillaud a entrepris, il y a quelques années, des essais relatifs à la solution de ce problème, et bientôt il est demeuré convaincu de la supériorité des saignées nombreuses et rapprochées, auxquelles il attribue des succès merveilleux.

Toutefois les convictions de M. Bouillaud sont passées dans l'esprit de fort peu de praticiens ; personne, pour ainsi dire, excepté M. Bouillaud lui-même, n'en prend la défense quand elles sont attaquées. Est-ce à tort, est-ce à raison ? c'est ce que je vais rechercher, en examinant avec soin, et aussi brièvement que possible, les faits sur lesquels M. Bouillaud appuie sa manière de voir, et qu'il a exposés dans sa *Clinique médicale*.

Après avoir rappelé, dans ce dernier ouvrage, le traitement suivi pour les malades atteints d'affection typhoïde, dont j'ai analysé l'histoire. M. Bouillaud cite les résultats qu'il a consignés dans sa Philosophie médicale, où il dit, que sur cent soixante-dix malades atteints de fièvre typhoïde bien caractérisée, et traités par les saignées coup sur coup, de 1833 à 1836, vingt-deux seulement ont succombé, ou un peu moins d'un huitième, au lieu d'un tiers, comme dans les relevés que j'ai publiés. Résultat vraiment immense, s'écrie M. Bouillaud (1); car si la formule des saignées coup sur coup (c'est ainsi qu'il nomme sa méthode), aidée des moyens que nous lui associons, était convenablement appliquée à tous les individus que la fièvre typhoïde frappe annuellement en Europe, que de milliers de ceux qui succombent ne sauverait-on pas? Ajoutons, poursuit-il, que souvent la rapidité de la guérison est telle, qu'on ne peut

(1) *Clinique médicale de l'hopital de la Charité*. Paris 1837, t. 1er, pag. 575.

réellement s'en faire une idée qu'après avoir observé les faits soi-même.

Ces faits, continue l'auteur, sont confirmés par l'analyse de cinquante nouvelles observations rapportées dans cet ouvrage (la Clinique), parmi lesquelles trois seulement sont relatives à des malades qui ont succombé, ce qui donne la proportion de un sur seize à dix-sept; mortalité qui n'est que la moitié de celle indiquée dans la quatrième partie de l'*Essai sur la philosophie médicale*. « Mais, dans les cent » soixante-dix-huit cas relevés dans cet Essai, nous avions » fait abstraction, dit M. Bouillaud, des cas légers, ou rela- » tifs à la simple fièvre dite bilieuse ou gastrique. En retran- » chant aussi de nos cinquante cas actuels les vingt-trois » cas légers de la troisième catégorie, il nous reste vingt-sept » cas de fièvre, ou affection typhoïde, bien caractérisés; et » comme de ces vingt-sept cas, trois seulement se sont ter- » minés par la mort, nous avons une mortalité de un sur » neuf, chiffre sensiblement le même que celui indiqué dans » l'Essai sur la philosophie médicale. »

Ici M. Bouillaud fait preuve de générosité, il faut en convenir, car j'ai compris dans mes relevés tous les cas d'affection typhoïde qui se sont offerts à mon observation; le diagnostic des cas légers pouvant être tout aussi sûr que celui des cas graves; et néanmoins la mortalité a été ce qu'on a vu.

Toutefois, si, dans mes relevés, j'ai compris les cas légers comme ceux qui étaient graves, je n'ai fait, parmi ces derniers, aucune exception; je n'en ai négligé aucun; tenant également compte des malades qui arrivaient dans un état peu avancé et de ceux qui étaient dans un état tout à fait désespéré, lors de leur admission à l'hôpital, ou qui y ont succombé quelques heures après leur arrivée: ce que n'a pas fait M.

Bouillaud, comme on le verra tout à l'heure. Et on le conçoit sans peine, sans qu'il soit nécessaire de soupçonner en quoi que ce soit la probité scientifique de M. Bouillaud ; puisque ce médecin ayant surtout pour but d'étudier l'action des agents thérapeutiques et des émissions sanguines en particulier, ne pouvait compter, au nombre des faits susceptibles de l'aider à la solution du problème qu'il se proposait, les malades qui étaient dans un état désespéré, ou qui n'offraient de chances favorables à aucune espèce de traitement, au moment où il a commencé à leur donner ses soins : de manière que, sous le rapport de la mortalité, M. Bouillaud a comparé des faits qui n'étaient pas complétement comparables. Aussi, en ayant égard à cette circonstance, la différence dans la mortalité des deux séries de malades est un peu moindre ; car, des cinquante sujets qui ont succombé, parmi ceux dont j'ai donné l'histoire, il faut en retrancher au moins dix qui sont arrivés dans un état désespéré, ou sont morts moins de vingt-quatre heures après leur arrivée à l'hôpital, ou ont été atteints de perforation de l'iléon vingt-quatre ou quarante-huit heures environ après leur entrée (obs. 6, 9, 10, 11, 12, 13, 23, 24, 42, 53) ; suppression qui diminue la mortalité d'un quart.

Après l'examen de la mortalité venait, naturellement, celui de la durée de la maladie, sur laquelle un traitement efficace doit avoir une influence non moins marquée. M. Bouillaud l'étudie d'abord chez les trois sujets qui ont succombé. Chez eux la durée de l'affection a été de trente et un et de trente-deux jours ; ensorte qu'aucun des trois malades dont il s'agit, comme aucun des vingt-deux indiqués dans la quatrième partie de l'Essai sur la philosophie médicale, n'a succombé dans le premier ou dans le second septénaire : résultat très différent de ceux que j'ai

publiés, et qui montrent, remarque M. Bouillaud, que la huitième partie des malades dont j'ai donné l'histoire, et dont l'affection a eu une terminaison fâcheuse, a succombé du huitième au douzième jour. Des faits semblables ont été publiés récemment dans la Clinique de M. Chomel, et si l'on n'en observe pas dans notre Clinique, continue M. Bouillaud, la raison en est dans la différence du traitement.

Je réponds à cela, que le premier des trois sujets dont il s'agit était indisposé depuis trois semaines à son arrivée à l'hôpital, et probablement atteint d'affection typhoïde depuis cette époque; que le troisième était malade depuis douze jours à son entrée; qu'il était difficile, par conséquent, quel que fût le traitement prescrit par M. Bouillaud à ces deux malades, qu'ils mourussent dans le premier ou dans le second septénaire, à compter du début de l'affection. Quant aux sujets, au nombre de vingt-deux, dont il est question dans l'*Essai sur la Philosophie médicale*, et sur lesquels les détails manquent, j'admets avec M Bouillaud qu'aucun d'eux n'a succombé dans le premier ou dans le second septénaire, et j'en conclus que ce médecin n'a pas fait entrer, dans ses résumés, l'histoire de tous les malades reçus dans sa division; car il lui est certainement arrivé, comme à moi et à beaucoup d'autres, de recevoir des malades expirants ou presque expirants, à toutes les époques de la maladie, dans les huit premiers jours comme après. L'argument de M. Bouillaud tombe donc de lui-même, ou il prouve seulement qu'il a fait un choix, soit avant, soit après l'entrée des malades à l'hôpital; choix assez naturel, comme je le disais tout à l'heure, dans le but qu'il se proposait, mais dont il a oublié de tenir compte et d'avertir le lecteur.

Passant aux sujets du second groupe, au nombre de onze, et qui ont *guéri* d'une affection *typhoïde grave*, M. Bouil-

laud remarque (1) que chez eux la durée moyenne de la maladie a été de vingt jours, son *maximum* de trente-trois, et son *minimum* de quinze : résultats très différents de ceux que j'ai publiés. Il est vrai, dit l'auteur, que M. Louis a fixé l'époque de la convalescence au moment où les malades ont commencé à manger un peu de pain, tandis que, de mon côté, je l'ai fixée au moment où ils commençaient à supporter le bouillon. Mais en plaçant aussi la convalescence de mes malades à l'époque adoptée par M. Louis, la différence resterait encore très considérable ; car ces malades ont, pour la plupart, commencé à manger du pain trois ou quatre jours après avoir commencé à prendre du bouillon.

D'après le tableau dressé par M. Bouillaud, la convalescence des onze malades dont il s'agit a commencé ainsi qu'il suit :

Pour le 4e, ...	au 33e jour,
5e, ...	31e
6e, ...	20e
7e, ...	20e
8e, ...	15e
9e, ...	16e
10e, ...	27e
11e, ...	11e
12e, ...	32e
13e, ...	21e
14e, ...	20e

Ce qui donne, en effet, pour durée moyenne, comme le dit M. Bouillaud, 20 jours ; et, en mettant la convalescence de ces malades à l'époque où ils ont commencé à manger le huitième de portion, elle commence :

(1) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité.* Paris, t. Ier, [illegible].

Pour le 4e,.....	au 37e jour.
5e,.....	34e
6e,.....	24e
7e,.....	21e
8e,.....	19e
9e,.....	17e
10e,.....	31e
11e,.....	16e
12e,.....	37e
13e,.....	22e
14e,.....	25e

c'est-à-dire, terme moyen, au 25 j 8/11; ce qui se rapproche déjà de la durée moyenne de la maladie dans les cas graves, chez les sujets dont j'ai analysé l'histoire, et qui, *ayant été saignés deux fois dans les dix premiers jours, ont été convalescents au trentième, car je ne puis comparer aux faits analysés par M. Bouillaud, sous le rapport thérapeutique, que les malades qui, comme ceux qu'il a traités, sont venus assez à temps à l'hôpital pour y recevoir des soins efficaces, et dont l'affection a duré trente jours.*

Mais le chiffre que je viens de donner n'est pas exact; il place trop près du début la convalescence de l'affection des deux malades nos 9 et 14, qui n'ont pas été réellement convalescents aux 16e et 20e jour, comme le dit, par erreur, M. Bouillaud; mais seulement aux 35e et 36e jour, époque à laquelle ils ont mangé le 1/8 de portion; de manière qu'en rectifiant l'erreur, la moyenne en question devient 28 5/4, et diffère très peu, par conséquent, de la moyenne qui exprime la durée de la maladie dans les cas graves dont j'ai recueilli l'histoire.

Ce fait est d'autant plus remarquable que le degré de l'affection semble avoir été à peu près le même chez les deux groupes de sujets comparés, et que, par cela même, la

comparaison peut s'établir assez exactement entre des méthodes de traitement différentes.

Toutefois, le chiffre qui exprime la durée moyenne de la maladie ne peut être considéré comme exact, qu'autant qu'on admet, comme démontré, que les onze cas de M. Bouillaud sont autant de faits irrécusables d'affection typhoïde. Mais cette démonstration est loin d'exister, comme on va le voir par le malade qui fait le sujet de la 11e observation, intitulée *Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, légère pneumonie intercurrente; casus gravissimus.*

Ce sujet est un maçon d'une force moyenne, âgé de vingt ans, malade depuis deux jours à son entrée à l'hôpital, ayant eu, au début, des frissons, de la céphalalgie, des douleurs épigastriques et une agitation voisine du délire. Le deuxième jour, diarrhée, étourdissements, faiblesse (*Saignée, quinze ou vingt sangsues à l'épigastre*). Le troisième, prostration, agitation de la tête et des membres, assoupissement profond, baillements, lèvres demi-sèches, langue mal tirée, paraissant assez humide, vomissements glaireux, gargouillements dans les deux flancs, pouls à cent-vingt, presque insensible; peau chaude et sèche. (*Saignée, trois pal.; trente sangsues; lav. émol.*).

Le 4 : supination, stupeur très prononcée, réponses entrecoupées, yeux animés et larmoyants, nez effilé; langue humide et comme dépouillée à sa partie antérieure, abdomen généralement douloureux à la pression, avec gargouillements dans la région iléo-cœcale, où la douleur est plus forte qu'ailleurs; une selle; pouls à cent seize, étroit, redoublé; défaillance en faisant asseoir le malade pour l'ausculter en arrière : nulle éruption. (*Vent scarifiées, 2 palettes, à la région iléo-cœcale, boissons et cataplasme chlorurés, etc.*)

Le 5 : douleurs épigastriques et abdominales moindres;

une selle par lavement; langue sèche au centre, ventre affaissé, gargouillement dans la région iléo-cœcale; pouls moins faible, de cent quatre à cent huit; céphalalgie persistante, stupeur et assoupissement moindres, réponses plus justes. (*Saignée*, 2 *pal.*; *vent. scar.*, 2 *pal.*)

Le 6 : sommeil tranquille, une selle la nuit; stupeur et céphalalgie moindres; chaleur médiocre, pouls à cent, mou, fluctuant; ventre indolent et affaissé. (*Vés. volants aux jambes.*)

Le 7 : abattement, pouls mou, redoublé, à cent douze; nulle éruption; gargouillement diffus dans le flanc droit, peu de météorisme, trois selles; crachats rouillés, visqueux, adhérents; trente-six inspirations par minute; matité dans les 2/3 postérieurs et inférieurs du thorax, avec respiration bronchique et râle crépitant rare. (*Saignée*, 3 *pal.*; *vent. scarif. au thorax, en arrière*, 2 *pal.*)

Le 8 : deux à trois crachats rouillés et visqueux; peau moins sèche et moins chaude, pouls à cent quatre, respiration à trente-deux; langue un peu sèche au centre; ventre affaissé; gargouillement iléo-cœcal; stupeur et assoupissement moindres; hier le malade s'est encore levé et a marché sur le carreau. (*Catapl. ém. sur la poit. et sur le ventre.*)

Le 9 : pouls mou et fluctuant, à quatre-vingt-seize; respiration de trente-deux à trente-six; assoupissement, réponses justes, langue grillée, légers gargouillements dans la région iléo-cœcale.

Le 10 : crachats muqueux, adhérents, avec râle crépitant et un peu de souffle dans les 3/5 inférieurs et postérieurs du thorax; langue sèche et raboteuse, gargouillement dans le flanc gauche; pouls assez résistant, à quatre-vingt-douze; respiration à trente; en arrière, à gauche, résonnance et respiration assez bonnes, à droite résonnance faible; demi-

assoupissement. (*Vent. scar.*, 2 *pal. à droite et en arrière.*)

Le 11 : agitation, loquacité pendant la nuit, pouls de quatre-vingts à quatre-vingt-quatre, respiration à vingt-quatre, langue moins sèche ; commencement de convalescence.

Le 12 : le mieux continue.

Le 13 : id., un peu de stupeur, pouls à soixante-douze, chaleur normale.

Le 14 : pouls id. ; respiration à vingt-quatre, libre ; langue un peu moins sèche au centre, gargouillements légers dans le flanc droit. (*Bouillon*, *raisin.*)

Le 15 : deux selles; ni expectoration, ni toux, seize à vingt respirations, pouls à soixante-douze, redoublé, langue moins sèche. (*Potages*, *raisin*, *biscuit.*)

Le 16 : chaleur naturelle, pouls de soixante à soixante-quatre, visage bon, langue naturelle; le malade semble ressuscité (1/8).

Le 17 : id.

Le 18 : pouls à soixante (1/4).

Le 25 : guérison complète (1/2).

Le 31 : sortie.

La rapidité de la guérison, dit M. Bouillaud, surtout après l'explosion imprévue d'une pneumonie greffée sur une entéro-mésentérite, parut presque merveilleuse à toutes les personnes qui suivaient la clinique.

Sans doute, s'il était démontré que le sujet de cette observation a été atteint de la double maladie indiquée par l'auteur, le cas serait fort remarquable; mais l'existence de cette double affection est loin d'être démontrée, comme je l'ai dit plus haut. En effet, relativement à l'affection typhoïde, il n'y eut ni météorisme ni diarrhée ; car les quelques selles un peu liquides des derniers temps doivent être

négligées, sous le rapport du diagnostic; et, jusque-là il n'a été fait mention de la diarrhée qu'une fois au deuxième jour de sa maladie, avant l'entrée à l'hôpital. Il n'y eut pas de taches roses, lenticulaires, pas de *sudamina*; il n'est pas dit si la rate était ou n'était pas volumineuse; l'agitation une fois dissipée, il n'a été question ni d'épistaxis, ni d'obscurcissement de la vue, ni de surdité, ni de ces bourdonnements d'oreilles si communs dans le cours de l'affection typhoïde: de manière que le sujet n'a éprouvé que les symptômes communs à cette affection et à beaucoup de maladies aiguës de toute espèce, et non ceux qui distinguent l'affection typhoïde des autres, en marque l'origine et le siége, et qu'en admettant ici l'existence d'une pneumonie double, on est obligé d'en reporter le début aux premiers temps de la maladie.

A la vérité, l'auteur semble protester à l'avance contre cette interprétation, dans une note où il dit, qu'à raison du soin avec lequel le malade a été exploré, on ne saurait faire remonter sa pneumonie au-delà du jour où il l'a reconnue, c'est-à-dire au-delà du septième (page 114). Toutefois, si vous admettez cette assertion de M. Bouillaud, vous admettez en même temps que, d'un jour à l'autre, une pneumonie double a pu se développer et donner lieu, en moins de vingt-quatre heures, à une hépatisation occupant les 2/3 inférieurs des *deux* poumons; car la matité et la respiration bronchique, constatées le septième jour de la maladie, ne peuvent guère laisser de doutes à cet égard : vous admettez que cette pneumonie si violente, et non pas légère, comme l'indique le titre de l'observation, survenue dans des circonstances si graves, a pu disparaître en trois ou quatre jours; autre merveille tellement extraordinaire qu'il faut la nier tout d'abord, et que, quand M. Bouillaud lui-même y

réfléchira, il sera de cet avis : vous admettez que cette maladie a pu se développer brusquement, sans bouleverser, en quelque sorte, la physionomie de la première affection, sans amener une dyspnée extrême, dont il n'est aucunement fait mention ; supposition non moins inadmissible que les précédentes. Dans l'impossibilité d'admettre ces conséquences, il faut reconnaître que M. Bouillaud, en disant que le malade avait été exploré avec soin tous les jours, s'est trompé ; qu'il a cru l'avoir exploré, sans l'avoir fait ; et on admettra sans peine cette manière de voir, si l'on se rappelle que ce médecin n'a pu examiner le thorax en arrière, au moins tout semble l'indiquer, lors de sa seconde visite au malade, à cause de sa faiblesse ; qu'il n'a recueilli aucune note sur l'état de sa poitrine les jours suivants, sans quoi il n'eût pas manqué de le dire. Sur tous les points, d'ailleurs, l'observation qui nous occupe atteste une négligence telle qu'on ne saurait l'attribuer à M. Bouillaud, et qu'il ne peut l'avoir admise dans son recueil que par distraction.

En effet, le jour où M. Bouillaud reconnut la pneumonie, il pratiqua l'auscultation et la percussion, mais sans rechercher les limites du râle qu'il entendait, sans dire s'il s'étendait ou non au-delà du son mat, s'il y avait bronchophonie ou égophonie, si le râle était voisin ou éloigné de l'oreille ; et quand, trois jours plus tard, l'exploration fut renouvelée, il trouva du *râle crépitant avec souffle dans les trois cinquièmes inférieurs de la poitrine*, bien que le même jour et quelques lignes plus loin, au même instant, en quelque sorte, le rédacteur de l'observation dise, qu'*en arrière, à gauche, la résonnance et la respiration sont assez bonnes* ; qu'*à droite et en arrière, la résonnance est faible*. Assertions qu'il n'est guère plus facile de concilier que oui et non (car une respiration un peu soufflante ne peut pas être une respiration

assez bonne), et qui atteste une grande distraction. Après ce jour, il n'est plus question d'auscultation et de percussion, et le malade sort sans que sa poitrine ait été examinée une troisième fois, sans qu'on ait pu savoir dans quel état se trouvaient ses poumons à sa sortie. Bien plus, il n'est question de douleurs de poitrine à aucune époque de la maladie, on ignore s'il y a eu des frissons, quel était le caractère de la toux, dont il n'est fait mention que dans la convalescence; on ne sait si la respiration a été haute, s'il y a eu de l'anxiété, si les quelques crachats rouillés, visqueux, dont il a été question deux fois, étaient aussi demi-transparents. C'est-à-dire que, dans un cas si remarquable, où tout était à noter, pour qu'il n'y eût de doute sur rien; où les moindres détails relatifs à l'affection intercurrente, pour admettre un instant les idées de M. Bouillaud, eussent eu de l'intérêt; tout manque, même les symptômes nécessaires pour que le diagnostic soit assuré, et pour qu'on puisse savoir si on a eu affaire à une pneumonie simple ou compliquée d'épanchement.

On n'opposera pas sans doute à ces réflexions la bonne foi et l'habileté de l'auteur. Sa bonne foi est d'autant plus irrécusable que les faits qu'il cite sont moins susceptibles d'être acceptés; et quant à son habileté, cet argument n'a pas plus de valeur, attendu que personne ne peut avoir la prétention d'être cru sur parole, et que c'est aux hommes habiles à donner l'exemple des bonnes observations : car où trouver des modèles en ce genre, si non dans les ouvrages des hommes habiles?

Ainsi l'observation qui nous occupe doit être considérée comme un cas de phlegmasie aiguë des organes de la respiration, incomplétement déterminée, latente pendant un certain temps. Elle doit être retranchée des onze cas analysés;

ce qui élève la durée moyenne de la maladie à vingt-neuf jours six dixièmes, chiffre presque identiquement le même que celui qui résulte de l'analyse des faits analogues qu'on trouve dans la première édition de cet ouvrage.

Ainsi, les onze faits dont il s'agit sont, comme les trois premiers, bien loin de prouver l'excellence de la méthode des saignées coup sur coup. Mais continuons, et passons à l'examen des faits de la seconde catégorie de M. Bouillaud, dite de moyenne gravité.

M. Bouillaud recommande aux hommes de bonne foi, aux amis sincères de la vérité, la lecture attentive de ces faits. La durée moyenne de la maladie a été ici de quinze jours, le *maximum* de dix-huit, le *minimum* de sept; et, pour chaque malade, l'époque de la convalescence commençante a été, suivant M. B.,

Pour le	15e	le 13e jour.
	16e	16e
	17e	12e
	18e	12e
	19e	47e
	20e	6e
	21e	15e
	22e	14e
	23e	6e
	24e	12e
	25e	18e
	26e	13e
	27e	7e

Et en replaçant la convalescence au moment où les malades ont mangé un huitième de portion, elle a lieu

Pour le	15e	le 29e jour
	16e	28e

Pour le 17e ..... le 19e (1) jour.
18e 15e
19e 47e
20e 8e
21e 18e
22e 16e
23e 8e
24e 17e
25e 20e
26e 14e
27e 8e

Ce qui donne, pour la durée moyenne de l'affection, dix-huit jours 11/13, ou près de dix-neuf jours; chiffre très différent de celui qui exprime la durée moyenne de la maladie, à peu près au même degré, on peut le présumer du moins, chez les sujets dont j'ai analysé l'histoire, qui ont été saignés du premier au dixième jour, et dont l'affection dura, terme moyen, vingt-cinq jours, ou trois de moins que dans les cas où aucune saignée ne fut pratiquée: en sorte qu'en admettant les faits de la seconde catégorie de M. Bouillaud comme autant d'exemples constatés d'affection typhoïde, il faudrait en conclure que, dans les cas légers, la méthode des saignées coup sur coup a un avantage sur les autres.

Mais les faits de cette seconde catégorie sont-ils tous des cas d'affection typhoïde; n'y a-t-il pas eu ici quelques erreurs de diagnostic? Voyons et commençons par l'examen des faits les plus saillants.

Celui qui fait l'objet de la vingt-troisième observation, une de celles dans lesquelles M. Bouillaud met la convalescence

(1) Ce malade fut mis, au douzième jour de l'affection, au 1/8, puis, le lendemain, au 1/4; mais dès le quatorzième il était au 1/8, le quinzième au bouillon, et il ne revint au 1/8 que le dix-neuvième jour; de manière que j'ai dû mettre sa convalescence à la même époque.

au sixième jour, est relatif à un jeune garçon de dix-sept ans, d'une constitution faible, atteint, deux jours avant son admission à l'hôpital, de céphalalgie, de douleurs lombaires et épigastriques. A l'entrée du malade, au soir : persistance de la céphalalgie, étourdissements légers quand il est debout, face un peu rouge, appétit diminué, ventre généralement un peu sensible à la pression, surtout à la fosse iliaque droite où il y a un peu de gargouillement ; constipation depuis trois jours ; rien autre chose de remarquable. Le lendemain 8 avril : pouls à soixante-huit, développé ; peau chaude et sèche ; langue rouge et sèché ; céphalalgie, sommeil agité par des rêves ; ventre un peu gros, surtout dans la région sous-ombilicale ; gargouillement et douleurs dans la région iléo-cœcale. (*Saignée 3 pal.; vent. scarifi. 2 pal.*)

Le soir, le malade a quelques étourdissements, en voulant se lever.

Le 9, son ventre est mieux, il accuse une douleur à la partie moyenne du sternum, il a de l'enchifrênement, sa peau est chaude et moite, son pouls de soixante-quatre à soixante-huit ; le gargouillement et une légère douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, persistent ; la langue reste sèche et rouge. (*Même traitement.*)

Le 10 : la constipation persiste, les dents et la langue sont moins sèches, le ventre plus affaissé, sans gargouillement, non douloureux ; le pouls à soixante-huit, la chaleur douce, le sommeil court et mêlé de rêves : la convalescence commence, dit l'auteur. (*Solut. chlor.; lav.; diète.*)

Le 11 : figure meilleure, langue humectée, appétit, soif moindre, une selle ; pouls plein, développé, à soixante ; chaleur normale. (*Diète.*)

Le 12 : peau fraîche ; pouls à peine à soixante. (*Deux potages.*)

Le 13 : langue et chaleur naturelles; pouls de quarante-quatre à quarante-huit, assez plein (178).

Ainsi, voilà un garçon de dix-sept ans, dont la maladie a duré de sept à huit jours en totalité, qui n'a éprouvé aucun symptôme cérébral, aucune altération des fonctions des organes des sens, point d'obscurcissement de la vue, de dureté de l'ouïe, de bourdonnements d'oreilles, d'épistaxis, de faiblesse, supérieure du moins à celle qui a lieu par le plus petit mouvement fébrile, quelle qu'en soit la cause : à aucune époque de la maladie on n'a remarqué de taches roses, lenticulaires; la rate ne paraît pas avoir eu plus de volume que dans l'état normal, au moins ne dit-on pas le contraire: bien plus, au lieu de diarrhée, le malade a de la constipation; et M. Bouillaud considère ce sujet comme atteint d'une entéro mésentérite typhoïde de *moyenne gravité!* de moyenne gravité! quand il n'a existé aucun symptôme grave, quand le pouls, à l'entrée du malade à l'hôpital et au jour fixé pour le commencement de la convalescence, battait soixante-huit fois par minute! Qui pourrait voir dans le petit nombre de symptômes éprouvés par le sujet, dont le plus grave est la sécheresse de la peau et de la langue, et dans l'absence de tant d'autres qui ont toujours lieu en plus ou moins grand nombre dans le cours de l'affection typhoïde, même la plus légère; qui pourrait voir dans ces symptômes, non pas la preuve, mais seulement l'indice d'une affection typhoïde quelconque? Car, comme on l'a vu plus haut, ce n'est pas le nombre, mais le degré des mêmes symptômes, qui distingue une affection typhoïde grave, d'une affection typhoïde légère.

On dira peut-être que le malade éprouvait, à son entrée à l'hôpital, outre quelques symptômes généraux et com-

muns à beaucoup d'affections aiguës, quelques douleurs de ventre, un léger météorisme ; que la région iléo-cœcale était le siége d'un peu de gargouillement. Mais il y avait, il ne faut pas l'oublier, une constipation de trois jours à l'entrée du malade à l'hôpital ; la douleur de ventre était peu considérable ; le météorisme, au degré où il existait, n'avait rien de caractéristique et tenait probablement, comme la douleur, à la constipation. Quant au gargouillement de la région iléo-cœcale, on le rencontre assez souvent chez des individus non atteints de l'affection qui nous occupe ; M. Bouillaud lui-même en rapporte des exemples, et le sujet de sa cinquante-deuxième observation, qu'il considère comme atteint d'un simple embarras gastrique, avait le ventre généralement douloureux à la pression, surtout dans le flanc droit et dans la région iléo-cœcale ; de manière que les légers symptômes observés du côté du ventre ne peuvent, surtout dans l'absence de ceux qui appartiennent plus particulièrement à l'affection typhoïde, justifier en aucune manière le diagnostic de M. Bouillaud.

On peut en dire autant des éblouissements ; ils ont eu lieu dans deux cas d'embarras gastrique cités par le même auteur (obs. 56, et 71 de sa *Clinique*).

On ajoutera peut-être que si les symptômes caractéristiques de l'affection typhoïde n'ont pas eu lieu, c'est que le traitement n'en a pas permis le développement. Je veux bien admettre un instant cette argumentation ; mais alors comment voulez-vous que je considère comme suffisamment établi le diagnostic d'une affection dans laquelle, de votre aveu, les symptômes caractéristiques manquent ? D'ailleurs, comment croire à la toute-puissance du traitement dont il s'agit, quand, après deux jours de son emploi, au moment où la convalescence est déclarée, le pouls est tout juste

au même point que quand les premières saignées ont été pratiquées? quand on peut faire de semblables réflexions relativement à la sécheresse de la langue, qui n'a disparu, avec la constipation, qu'à la suite d'un lavement donné vingt-quatre heures après la dernière saignée? Évidemment le traitement a été sans influence appréciable, dans les cas actuel, sur la marche de la maladie, dont la terminaison eût peut-être été plus rapide, sans les saignées.

Mais quel nom donner à la maladie du sujet de l'observation qui nous occupe? Je réponds qu'il n'est pas toujours facile, même après l'examen détaillé et approfondi d'un malade, de se faire une idée nette de son état; à plus forte raison, quand on a négligé, comme ici, une foule de détails importants. Toutefois, comme il a été question, au deuxième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, d'enchifrênement, puis de douleur au sternum, sans dire, à la vérité, depuis combien de jours l'un et l'autre existaient; on serait tenté de croire, sans pouvoir l'affirmer toutefois, que le sujet dont il s'agit a eu un coryza, peut-être avec symptômes précurseurs, comme on l'observe quelquefois; et on expliquerait très bien, dans cette supposition, le léger mouvement de fièvre, la constipation, la sécheresse de la langue et l'anorexie incomplète du malade.

Mais ce qui doit surprendre le praticien, au moins autant que le diagnostic de M. Bouillaud, c'est la prescription d'un traitement antiphlogistique très énergique, sans qu'aucun symptôme un peu grave pût le motiver, dans un cas où il eût sans doute suffi de quelques délayants, d'un ou de deux jours de diète et de quelques lavements, pour ramener les fonctions à l'état normal. Tous les jours, en effet, on voit, dans les hôpitaux, des malades qui offrent un état plus ou moins

semblable à celui du sujet de l'observation actuelle, guérir après deux jours de diète.

Ainsi, le 26 avril 1839, j'observai, dans ma division à l'Hôtel-Dieu, un jeune garçon de seize ans et demi, d'une constitution assez forte, malade depuis l'avant-veille au matin. Sans cause connue, sans frisson préalable, il avait éprouvé, dès le début, des douleurs de ventre, de la céphalalgie, une faiblesse considérable, et les douleurs avaient commencé par le flanc droit.

Le second jour, 25 avril, trois selles liquides, et, en voulant aller à la garde-robe, chute, attribuée, par le malade, à la faiblesse.

Le troisième jour : stupeur, figure colorée, mouvements difficiles et lents, parole embarrassée; langue blanchâtre, humide, tirée lentement; soif médiocre, appétit très déprimé, presque nul, ventre météorisé, douleurs vis-à-vis l'ombilic, deux selles liquides; pouls à cinquante-six, sans caractère particulier; chaleur douce; ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina*. (*Solut. de sirop; tart. diète.*)

Le quatrième jour : langue dans le même état que la veille; figure meilleure, faiblesse un peu moindre; quelques gargouillements dans la fosse iliaque du côté droit; trois selles liquides; pouls à cinquante-quatre. (*Solut. sir. tartar.; deux soupes.*)

Le cinquième jour : faiblesse beaucoup moindre, appétit meilleur, le malade mange le quart de portion; et il est parfaitement rétabli, trois jours après, ayant eu, jusque-là, deux ou trois selles liquides par jour. Mais il ne quitte l'hôpital que neuf jours après y être entré, onze jours après le début, afin de pouvoir s'assurer que la convalescence est parfaite et ne se dément pas.

Certes, la céphalalgie, la faiblesse si considérables du

malade au début de l'affection, la lenteur de ses mouvements et de ceux de la langue en particulier, la stupeur, le météorisme, les douleurs de ventre, d'abord dans la fosse iliaque du côté droit, la diarrhée ; tous ces symptômes pouvaient et devaient faire redouter une affection typhoïde commençante, malgré le calme de la circulation qu'on rencontre rarement, dans des cas semblables, au même degré. Mais comme cependant aucun des symptômes indiqués n'était grave et n'exigeait l'emploi immédiat de moyens actifs, je me contentai de mettre le malade aux délayants, et dès le lendemain il était beaucoup mieux. Qu'un cas semblable se fût présenté à M. Bouillaud, les saignées coup sur coup eussent été employées, la convalescence en eût sans doute été retardée, et cet insuccès aurait été considéré comme le le triomphe de la méthode des saignées coup sur coup.

Que cet exemple ne soit pas perdu pour celui qui lira ces lignes, et qu'il n'oublie pas que plusieurs états pathologiques très différents, ont une expression symptomatique assez semblable *à leur début ;* qu'il existe, par cela même, dans beaucoup de cas, une grande incertitude sur le caractère de l'affection qui commence ; que quand il y a de l'incertitude sur le diagnostic, sans aucun symptôme grave, il faut attendre avant d'avoir recours aux moyens énergiques, sans quoi on s'expose à combattre des chimères, à tomber dans des erreurs continuelles et à y entraîner les autres.

On dira peut-être que je compare deux cas qui ne sont pas comparables, en ce qu'il y eut fièvre et sécheresse de la langue dans le cas de M. Bouillaud, tandis qu'il n'y eut ni l'un ni l'autre dans le fait que j'ai observé. A cela je réponds que le malade qui fait le sujet de la vingt-troisième observation de M. Bouillaud, eut peu de fièvre ; que son

pouls était à soixante-huit à son entrée, et au jour indiqué, par M. Bouillaud, comme le commencement de la convalescence; que si ce malade a eu la langue sèche, c'était seulement le matin, suivant toutes les apparences, ce qui pourrait bien tenir, au moins en grande partie, à ce que ce malade n'ayant plus de boisson à cette heure du jour, n'avait bu depuis long-temps, comme on en voit des exemples assez fréquents; et, ces deux objections écartées, les symptômes étaient plus graves assurément, convenaient mieux à une affection de l'abdomen, chez le malade de l'Hôtel-Dieu, que chez celui de la Charité.

Le sujet de la vingt-septième observation de M. Bouillaud, qui a aussi guéri en sept jours, était un homme de vingt-quatre ans, d'une constitution forte, vivant à la gargotte, ayant pris, contre son habitude, les 14 et 15 juillet, pendant qu'il travaillait à un soleil ardent, de l'absinthe et du cassis.

Le 16 : céphalalgie, courbature, faiblesse générale, soif assez vive, anorexie, chaleur; continuation du travail néanmoins.

Le 17, le malade s'alite.

Le 18, une douleur épigastrique s'ajoute aux symptômes précédents, et une saignée est pratiquée.

Le 19, à l'entrée du sujet à l'hôpital : étourdissements en marchant; air de stupeur légère, de prostration; supination, céphalalgie sus-orbitaire; insomnie, lèvres et dents sèches, langue rouge, lisse et rapeuse, à demi-grillée à son centre, un peu plus humide sur ses bords, moins chaude au toucher que l'abdomen, ce qui peut dépendre, ajoute M. Bouillaud, de ce que le malade respire par la bouche; soif vive, inappétence; malaise épigastrique augmentant avec les boissons et par la pression; épigastre un peu tendu, région sous-ombilicale souple et sans douleur notable; une selle so-

lide ; pouls à quatre-vingt-douze, médiocrement développé ; peau sèche, sueur copieuse la veille ; pas de dévoiement depuis le début. (*Saignée*, 3 *pal.* ; *vent scarif.*, *id.*)

Le 20 : mieux ; sommeil, pouls à quatre-vingt-huit ; langue lisse, encore sèche, beaucoup moins rouge que la veille ; ventre indolent, épigastre moins tendu, région sous-ombilicale affaissée ; ni gargouillement, ni éruption. (*Bains chlorurés.*)

Le 21 : langue encore lisse et fendillée à sa partie moyenne, s'humectant sur ses bords ; un peu d'appétit ; rien à remarquer du côté du ventre, à part deux selles de la veille ; chaleur médiocre, pouls à quatre-vingt-quatre ; nulle éruption ; convalescence commençante. (*Bouillon.*)

Le 22 : langue rosée, nette, humide ; pouls de soixante-huit à soixante-douze. (*Potage.*)

Le 23 : urine jumenteuse ; pouls à cinquante-deux ; langue humide, peau fraîche, etc.

Ainsi, comme dans l'observation précédente, ni frissons, ni altération de l'intelligence ou des fonctions des organes des sens, de la vue et de l'ouïe ; pas de diarrhée, de météorisme, etc., etc., et il faudrait placer ce cas parmi ceux de fièvre ou d'affection typhoïde ! Alors comment distinguer les faits de ce genre, de ceux dans lesquels, à la suite de fatigues plus ou moins considérables, on observe un peu de fièvre avec dégoût et courbature, qui se dissipent après quelques jours de repos, quelques verres de limonade et la diète ? Et remarquez bien qu'ici encore, outre la fatigue due au travail par une température élevée, le sujet avait pris, pendant les deux jours qui ont précédé le développement du petit nombre de symptômes qu'il a éprouvés, des liqueurs spiritueuses auxquelles il n'était pas habitué ; que cela suffit pour expliquer la légère douleur qu'il a éprouvée

à l'épigastre, la soif et l'état de la langue qui, très probablement, ne fut sèche, en grande partie, que parce que le malade respirait par la bouche, au point qu'elle en était fraîche, suivant la remarque de l'auteur. Regarder le cas en question comme un exemple de fièvre typhoïde, serait s'engager à donner ce nom aux indispositions les plus légères, ou aux maladies les plus minimes, dont le caractère ne serait pas déterminé (1).

La vingtième observation de M. Bouillaud (p. 155) est encore citée par lui comme un exemple du pouvoir presque merveilleux de la formule des saignées coup sur coup, même dans les cas où la prostration et l'adynamie forment, en quelque sorte, le caractère dominant de la maladie. Le cas serait assurément digne d'attention, s'il était démontré que le sujet de l'observation a été atteint de fièvre typhoïde, puisqu'il était convalescent, mangeait le huitième de portion, après huit jours de toute maladie : mais exposons le fait d'une manière succincte.

Le malade était un porteur d'eau, âgé de vingt-huit ans, malade depuis deux jours, lors de son admission à l'hôpital de la Charité ; ayant eu, au début, un frisson avec tremblement, accompagné de mal de tête et d'un affaiblissement assez considérable pour l'obliger à quitter ses occupations. *(Vin chaud sucré.)*

Le deuxième jour : selles liquides, séjour au lit. (*Eau vin*).

Le troisième jour, 18 mai, à l'entrée à la Clinique : supination, abattement et stupeur légère, soupirs plaintifs, lassitude générale (le malade était venu à pied avec un bras), vertiges étant debout, céphalalgie ; dents et lèvres sèches,

(1) Si je n'ai pas fait mention, dans cette observation, de l'état de la rate qui était volumineuse, c'est parce que le sujet avait eu plusieurs fièvres intermittentes auxquelles cet excès de volume doit être rapporté.

langue humide, soif, inappétence, épigastre un peu douloureux, gargouillement iléo-cœcal, sans douleur locale à la pression, une selle liquide sans ténesme; percussion et auscultation normales en arrière; pouls à quatre-vingt-seize, un peu mou; nulle éruption. (*Saign. 4 pal. le matin avec vent. scarif. 3 pal.; le soir saignée 3 pal., etc.*).

Le 19 : insomnie, un peu moins d'agitation et de céphalalgie; cependant, soif intense, langue sèche et demi-grillée, nausées sans vomissements, sept à huit selles liquides sans coliques, gargouillement iléo-cœcal, avec chaleur et tension du ventre, lequel est très sonore; chaleur, pouls à cent quatre; crachats glaireux, au nombre desquels s'en trouvaient quelques-uns teints de sang, venant des fosses nasales; étourdissements en se levant. (*Saign. 3 pal.* 1/2; 30 *sangsues à l'anus*).

Le 20 : mieux, sommeil la nuit; chaleur douce, pouls à quatre-vingt-quatre; langue humide, soif moindre, ventre souple, sept à huit selles, ni gargouillement ni éruption.

Le 21 : pouls à soixante-huit; trois selles, appétit, convalescence commençante. (*Bouillon.*)

Le 22 : soif médiocre; une selle; pouls à soixante-douze. (*Potage; asperges.*)

Le 23 : ventre indolent, sans gargouillement (1/8).

Comme les sujets des deux précédentes observations, celui-ci n'a pas éprouvé de symptômes cérébraux, à proprement parler, d'altération des fonctions des organes des sens; aucune éruption n'a eu lieu chez lui, et il n'a pas été question du volume de la rate. De plus que les deux autres malades, il a eu de la diarrhée, et, comme le sujet de l'Hôtel-Dieu, un peu de stupeur, sans qu'elle ait été accompagnée d'une faiblesse aussi considérable. Jusque-là on ne voit pas trop comment on pourrait regarder la maladie de ce sujet comme

un exemple de fièvre typhoïde, si la maladie des autres appartient à une autre catégorie. Chez lui, à la vérité, la fièvre a été un peu plus considérable que chez les derniers : mais on voit tous les jours un mouvement fébrile au moins aussi intense, avec ou sans symptômes locaux, dans l'absence des phénomènes qui caractérisent l'affection typhoïde, disparaître après une durée de trois ou quatre jours, sans qu'on ait prescrit autre chose que des délayants, le repos, la diète. Que si, contre toute raison, il fallait reconnaître dans ce cas une affection typhoïde, il faudrait alors admettre que cette maladie guérit quelquefois spontanément, et avec autant de rapidité, au moins, que par les saignées coup sur coup. Ainsi, dernièrement encore, j'ai observé à l'hôpital Beaujon, une femme de vingt-trois ans, qui fut prise tout d'un coup, dans la convalescence d'une gastralgie, d'un mouvement fébrile très marqué, sans symptômes locaux, avec anorexie, soif assez intense, la percussion et l'auscultation de la poitrine n'offrant rien de remarquable. Je crus d'abord observer les prodrômes d'une varioloïde dont il y avait, alors, un cas dans ma division : mais, après trois jours et demi, la fièvre disparut, sans éruption, dans l'espace de quelques heures, sans que rien eût été prescrit, à part les délayants et la diète, auxquels je me bornai; n'ayant à combattre qu'un mouvement fébrile sans symptômes locaux capables de faire croire à l'existence d'une affection quelconque, bien déterminée. Qu'à l'exemple de M. Bouillaud, ou de tout autre médecin trop pressé d'agir, j'eusse prodigué les saignées, la malade dont il s'agit aurait peut-être été encore assez promptement convalescente, et les saignées coup sur coup auraient eu l'honneur d'une guérison qui appartenait à la nature. Si vous voulez nous convaincre de l'immense supériorité des saignées coup sur coup dans le traite-

ment de l'affection typhoïde, faites d'abord que l'existence de cette maladie, dans les cas cités par vous, ne puisse être l'objet d'aucune espèce de doute; qu'on ne puisse pas, en étudiant vos observations avec soin, les interpréter d'une manière différente de celle dont vous les interprétez vous-même.

Si les trois observations que je viens d'analyser d'une manière succincte sont les plus remarquables de la catégorie qui nous occupe, sous le rapport du traitement, elles ne sont pas les seules dans lesquelles il y a eu erreur de diagnostic. Il en a été de même pour les observations 24, 25 et 26, relatives à des malades qui n'eurent pas de frisson initial, de délire, d'assoupissement, d'épistaxis, de bourdonnements d'oreilles, de diarrhée. Deux d'entre eux furent sans fièvre (obs. 24, 26), ou en offrirent à peine des traces. Un seul eut quelques taches roses, lenticulaires ; un autre un peu de stupeur, pour un jour seulement, bien que le temps n'ait manqué, dans aucun de ces cas, pour la production de ces phénomènes, surtout chez le sujet de la vingt-quatrième observation, dont la maladie a duré, non pas douze jours, mais dix-sept ou vingt-cinq ; période assez longue pour qu'il n'y ait pas à s'émerveiller beaucoup au sujet des saignées coup sur coup, alors même que, contre toute apparence, on voudrait ranger cette observation parmi les exemples de fièvre typhoïde.

Quant à la vingt-cinquième , outre l'absence des symptômes qui caractérisent l'affection typhoïde, il est digne de remarque que la maladie a succédé à une violente contrariété, c'est-à-dire à une circonstance qui suffit souvent pour exciter un malaise universel, un mouvement fébrile d'une certaine violence, sans qu'aucun organe soit affecté d'une manière appréciable ; que peu après le début, les règles de la malade, qui venaient à leur époque, ont mal coulé, puis

se sont arrêtées; circonstances qui suffisent assurément pour rendre compte de l'irritation gastrique et des autres phénomènes observés.

Ainsi, parmi les treize observations qui nous occupent, six, ou près de la moitié, ne peuvent être considérées comme des exemples d'affection typhoïde. On peut encore en dire autant de la dix-neuvième, relative à un sujet qui était malade depuis six semaines à son entrée à l'hôpital, et dont l'histoire n'a pas été recueillie avec soin; de telle sorte que ce cas laisse beaucoup de doute sur son véritable caractère. Et relativement aux six autres, il est encore vrai de dire qu'on a négligé la recherche d'un grand nombre de symptômes dont l'existence aurait rendu le diagnostic beaucoup plus certain. Le lecteur s'en convaincra sans peine, en lisant, avec attention, les 15e, 16e, 17e, 18e, 21e, 22e observations, sur chacune desquelles je ne saurais m'arrêter. Je ferai remarquer seulement que le sujet de la quinzième, qui fut convalescent après quinze jours de maladie, avait, au quatrième, une tache rose, lenticulaire ; ce qui peut faire croire que le début de la maladie n'a pas été fixé avec précision, qu'il a été placé trop tard ; car il doit arriver bien rarement qu'on observe des taches roses, lenticulaires, à une époque aussi rapprochée du début. Le malade qui fait l'objet de l'observation suivante, déclaré convalescent au seizième jour de la maladie, ne l'était réellement qu'au vingt-neuvième, et de nouveaux accidents survenus alors, ne lui permirent de quitter l'hôpital qu'après y avoir fait un séjour de deux mois. L'histoire de ce malade est peu favorable, on en conviendra, à l'objet que se propose M. Bouillaud, l'immense supériorité des saignées coup sur coup, sur les autres méthodes de traitements de l'affection typhoïde.

En tenant compte des retranchements qu'on ne saurait

s'empêcher de faire, d'après les remarques qui précèdent, les vingt-sept observations de M. Bouillaud se réduisent à dix-neuf, parmi lesquelles trois sont relatives à des sujets qui ont succombé ; ce qui élève le chiffre de la mortalité à un sixième, à très peu près, au lieu d'un neuvième.

Ce chiffre, à la vérité, est encore inférieur à celui qui résulte de l'analyse des faits que j'ai recueillis avant 1828 à l'hôpital de la Charité; mais il ne prouve rien en faveur de la supériorité du traitement de M. Bouillaud, sur celui que j'ai indiqué; car le lecteur n'a pas oublié, d'une part, que, dans mes analyses, j'ai compris tous les cas d'affection typhoïde qui se sont présentés à mon observation, même les plus désespérés, même ceux dans lesquels la mort est survenue quelques heures après l'entrée des malades à l'hôpital, et que je n'avais pas vus pendant la vie : ce que n'a pas fait M. Bouillaud. D'autre part, les malades venus dans des circonstances plus favorables, n'ont pas été traités, à beaucoup près, par les moyens que j'ai indiqués comme préférables, d'après l'analyse des faits relatifs aux individus atteints d'une manière grave et qui ont guéri. De manière que la mortalité donnée par M. Bouillaud, comparée à celle qui résulte de l'analyse des faits que j'ai recueillis, est trop faible par trois raisons : la première, parce que M. Bouillaud a placé parmi les cas d'affection typhoïde des faits étrangers à cette maladie; la seconde, parce qu'il a écarté de ses relevés les malades qui lui ont paru désespérés, ou qui sont morts peu après leur admission à l'hôpital, ce que je n'ai pas fait ; la troisième, parce que les malades dont j'ai analysé l'histoire, n'ont pas tous été traités, à beaucoup près, de la manière que j'ai considérée, en 1828, d'après les faits analysés, comme bonne, *et que j'ai conseillée en attendant mieux.*

Un autre fait vient à l'appui de ces réflexions, savoir : que

la durée moyenne des cas graves, chez les sujets qui ont guéri, a été sensiblement la même dans les faits analysés par M. Bouillaud et dans ceux que j'ai étudiés moi-même. Or, il est difficile de croire qu'une méthode de traitement qui n'abrège pas plus la durée d'une affection qu'une autre, ait plus d'influence qu'elle sur la mortalité.

Toutefois, en admettant que de nouveaux faits confirment les résultats des essais de M. Bouillaud, tels qu'on doit les admettre, après les rectifications indiquées, il faudrait en conclure que si la méthode des saignées coup sur coup n'a pas les avantages que lui avait assignés son auteur, elle n'a pas non plus la funeste influence que plusieurs personnes lui ont attribuée, et qu'on devait être tenté de lui attribuer au premier abord.

Une dernière remarque relative au chiffre *rectifié* de la mortalité des malades traités par M. Bouillaud, c'est que ce chiffre est à peu près le même que celui qui a été donné par le docteur Montault, dans son mémoire sur l'analogie et les différences qui existent entre le typhus et l'affection typhoïde (1).

« Pendant les deux années (de 1836 à 1838) que nous avons » eu l'honneur d'être attaché, dit ce médecin, en qualité » de chef de Clinique, au service de M. Bouillaud, nous » avons pu observer un grand nombre de ces maladies (af- » fection typhoïde) traitées suivant la formule des saignées » coup sur coup : en voici le résumé statistique :

» Sur quatre-vingt-douze cas de fièvre ou entéro-mésen- » térite typhoïde bien caractérisée, soixante-quatorze se » sont terminés par la guérison et dix-huit par la mort ; » mortalité 1 sur 5 2/18. Des soixante-quatorze cas de gué-

(1) *Mém. de l'Acad. royale de médecine*, Paris, 1838, t. VII, p. 282.

» rison, quarante-trois étaient légers, vingt-quatre d'inten-
» sité moyenne, sept graves; et parmi les dix-huit cas de
» mort, il y en a eu six d'intensité moyenne et douze graves.

» En ajoutant aux quatre-vingt-douze cas dont il s'agit, neuf
» cas de fièvre bilieuse simple, et cinq cas de fièvre typhoïde
» douteuse ou incomplétement caractérisée, on obtient,
» pour dernier résultat: cent six malades, quatre-vingt-huit
» guérisons, dix-huit morts; mortalité 1 sur 5 16/18. »

Voilà, certes, un accord bien remarquable entre deux séries de malades traités de la même manière, par le même médecin; et cet accord, en fortifiant mes conclusions, doit donner au lecteur une nouvelle confiance dans les remarques qui précèdent.

Afin de savoir à quoi m'en tenir sur la valeur des conseils que j'avais déduits de mes analyses, dans la première édition de cet ouvrage, j'ai traité de la manière qui s'y trouve indiquée, ou à très peu de chose près, comme on va voir, tous les malades atteints d'affection typhoïde, reçus dans ma division à l'hôpital de la Pitié, de 1830 à 1835. Ces malades, au nombre de cent (1), furent tous saignés, perdirent de quatre cent cinquante à sept cent grammes de sang, en deux fois, dans les dix premiers jours de l'affection; prirent, cha-

(1) M. le docteur Barth, dans une notice statistique très bien faite, dont il sera question tout à l'heure plus au long, et qui a été insérée dans le 1er n° de la *Presse médicale* de 1837, parle de ces mêmes malades dont il porte le nombre à 103, d'après une note que je lui avais remise. Mais après une nouvelle lecture de mes observations, trois d'entre elles m'ayant offert des doutes sur le caractère de la maladie à laquelle elles ont rapport, je les ai retranchées du nombre total, qui s'est ainsi trouvé réduit à 100. J'ajoute que trois malades entrés presque mourants et emportés deux jours après leur entrée à l'hôpital, n'ont pas été compris dans mon relevé.

que vingt-quatre heures, une bouteille d'eau de Seltz avec un ou deux pots d'une solution de sirop de gomme; presque tous aussi reçurent, tous les jours ou tous les deux jours, des lavements émollients, quelques-uns des lavements ou des demi-lavements d'eau de chaux, dans les cas de météorisme très prononcé; d'autres, prirent de petites doses d'opium dans les cas d'insomnie ou de léger délire, ou même à raison de quelques soubresauts dans les tendons; et douze malades seulement succombèrent, ou un peu moins d'un huitième; proportion moins considérable de beaucoup que celle à laquelle il faut porter, comme nous l'avons vu, la mortalité des sujets traités par M. Bouillaud, au moyen des saignées coup sur coup.

En admettant que l'eau de Seltz puisse revendiquer une part dans ces résultats, une part semblable pourrait être revendiquée pour les chlorures que M. Bouillaud a employés concurremment avec les saignées; de manière que ces faits, sous le rapport des émissions sanguines, n'en restent pas moins comparables.

On peut en dire autant relativement à la proportion des cas graves et des cas légers, qui était à peu près la même dans les faits analysés par M. Bouillaud et dans ceux dont il s'agit; les cas légers ne formant qu'un peu plus de la troisième partie de ces derniers. De manière que, contrairement à ce qui semblait découler naturellement des faits, en bien petit nombre à la vérité, il semblerait que les saignées coup sur coup, employées dans le cours de l'affection typhoïde, sont nuisibles, ou du moins inférieures, et à un degré assez considérable, aux saignées médiocres et proportionnées, d'ailleurs, à l'intensité du mouvement fébrile et à la force des sujets.

Cependant, encore que la mortalité ait été moindre dans

les cas dont il s'agit que dans ceux analysés par M. Bouillaud, aucun des sujets auxquels j'ai donné des soins ne fut convalescent avant le quatorzième jour, à compter du début de l'affection ; tandis que M. Bouillaud place la convalescence de plusieurs de ses malades au septième jour ; preuve nouvelle qu'il y a eu, dans ces cas, erreur de diagnostic : car, comment admettre que la convalescence arrive plus rapidement à la suite de la médication qui a le moins de succès, qu'après celle qui en a le plus ?

Les faits qui nous occupent ne font d'ailleurs que confirmer ce que l'expérience apprend tous les jours, que les grands succès en thérapeutique tiennent trop souvent à des erreurs de diagnostic.

En définitive, et à en juger par les faits qui précèdent; en admettant que des faits plus nombreux conduisent toujours au même résultat, il faudrait conclure que les saignées médiocres, telles que je les ai conseillées dans la première édition de cet ouvrage, sont plus utiles, ont plus de succès dans le cours de l'affection typhoïde, que les saignées nombreuses et répétées coup sur coup (1).

Ce serait bien vainement, d'ailleurs, qu'on chercherait à éclairer le point de thérapeutique qui nous occupe, par ce qu'on trouve, à ce sujet, dans les ouvrages modernes les plus

(1) Quant aux faits de la 3e catégorie de la première série que M. Bouillaud a écartés de ses analyses, à raison de leur peu de gravité, il y avait non pas générosité de sa part, comme je l'ai dit d'abord (p. 396 de ce volume) mais nécessité; puisque parmi ces observations, au nombre de 23, il en est à peine deux, les 33e et 43e dans lesquelles on puisse, malgré l'absence d'un grand nombre de symptômes importants, reconnaître une affection typhoïde. Les autres ne comportent pas même le doute, et il est évident, à la première lecture, qu'elles n'appartiennent pas aux faits qui nous occupent.

justement estimés. Ainsi, Dance qui finit par nier l'utilité de toute espèce de traitement actif dans l'affection typhoïde, Dance, en exposant quelques cas graves de cette maladie traitée sans succès par la saignée, ne prouve absolument rien à cet égard ; puisqu'il est toujours possible de trouver des cas relatifs à une maladie dont le traitement est le plus sûr, qui résistent à tout. — M. Gendron, dont personne sans doute ne contestera l'excellent esprit et la sagacité, finit par dire (1) qu'il lui a *semblé* que la saignée du bras est utile dans le premier septenaire de l'affection typhoïde, quand les symptômes cérébraux se montrent graves, chez les individus sanguins : c'est-à-dire que M. Gendron donne une opinion, sans prouver son exactitude, ainsi qu'on l'a fait à peu près constamment, jusqu'ici, en thérapeutique.— Chercher, par l'analyse du petit nombre d'observations d'affection typhoïde données par les auteurs, à connaître le degré d'utilité du traitement qu'ils ont employé, serait parfaitement inutile, par cela même que ces auteurs ont fait des choix, et que pour apprécier rigoureusement l'action d'un agent thérapeutique quelconque, sur la marche et l'issue d'une maladie, il faut, avant tout, ne faire abstraction d'aucun des cas dans lesquels cet agent a pu être appliqué avec méthode, à temps, dans des circonstances bien déterminées. Je ne m'étendrai donc pas davantage sur le traitement antiphlogistique, et je passe aux évacuants.

(1) *Épidémies des petites localités*, *journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er vol. p. 225.

CHAPITRE II.

ÉVACUANTS.

La verve entraînante et l'incontestable talent littéraire de M. Broussais, devaient, au moins pour un temps, lui rallier presque tous les esprits, tous ceux à qui une vie laborieuse ne permet pas de lire les ouvrages des hommes célèbres avec une attention soutenue. Les médecins qui ont quelque loisir, ceux qui peuvent ne rien admettre sans preuve, devaient encore se sentir plus ou moins entraînés par l'opinion dominante; tous devaient chercher à vérifier, au lit du malade, ce qui leur était annoncé avec tant de chaleur, alors même qu'ils recevaient avec défiance des propositions qui ne leur paraissaient pas démontrées: et l'on s'explique, par là, comment il se fait qu'à l'époque à laquelle j'observais à l'hôpital de la Charité, on n'eut guère recours, dans le traitement de ce qu'on appelait encore alors les fièvres, qu'à deux ordres d'agents, aux saignées et aux toniques; et comment aussi, les évacuants, si vantés dans le siècle dernier, furent entièrement négligés.

On s'explique encore l'oubli des purgatifs, à cette époque, par d'autres raisons, et surtout par l'état d'imperfection où les médecins qui ont le plus vanté leur usage, dans le traitement des fièvres, avaient laissé l'histoire de ces maladies. Jusque dans ces derniers temps, en effet, on ignorait et leur caractère anatomique et leurs symptômes vraiment caractéristiques. Les erreurs de diagnostic devaient être, par cela même, fréquentes; et en recourant aux évacuants, on se fût adressé à des agents employés dans des cas mal déterminés, et sur l'efficacité desquels on devait, dès-lors, avoir bien des doutes. D'ailleurs, les médecins du siècle dernier n'étaient pas

d'accord entre eux sur l'utilité de l'émétique et des purgatifs, dans ce qu'ils appelaient les fièvres : autre motif de ne pas recourir à ces médicaments. Ajoutons qu'il eût été impossible, toute question de diagnostic à part, de savoir, par la lecture attentive des ouvrages des médecins dont il s'agit, qui avait tort, qui avait raison, faute de matériaux, de faits nombreux, recueillis par eux indistinctement, sans choix, exposés et analysés d'une manière rigoureuse : de telle sorte que si la valeur des évacuants, dans le traitement de la fièvre typhoïde, est mise un jour hors de doute, l'honneur en sera tout entier aux modernes.

Cependant, et malgré l'éclat de la doctrine de M. Broussais, quelques médecins, parmi lesquels il faut compter Lerminier à Paris, et surtout M. Bretonneau à Tours, prescrivaient plus ou moins fréquemment les purgatifs, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Mais c'est à un médecin de l'hôpital Necker, à M. De Larroque, qu'on doit d'avoir ramené l'attention des médecins sur l'emploi de ces agents dans le traitement de la maladie qui nous occupe (1).

M. De Larroque, dont je dois avant tout exposer les idées et les préceptes, fonde la nécessité du traitement évacuant sur ce qu'il existe, au début de la fièvre typhoïde, un *état saburral* des premières voies, auquel il attribue tous les symptômes typhoïdes, même l'altération des plaques elliptiques de Peyer ou des follicules de Brunner, qu'il considère, par cette raison, comme secondaire : « C'est, dit-il, l'action des liquides dégénérés sur le canal alimentaire qui amène l'altération de ces organes ; aussi est ce particulièrement dans le lieu où ces liquides sont accumulés que se rencon-

(1) Voyez le n° 33 de la *Presse médicale, ancien journal hebdomadaire*, 26 avril 1837. — *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1837, t. 482.

trent les altérations organiques; et, comme d'autre part, la corruption de ces fluides est proportionnelle à l'ancienneté de la maladie; comme, malgré les évacuations spontanées, ils séjournent très long-temps dans l'intestin grêle; comme enfin leur stagnation ne saurait se prolonger sans qu'ils ne finissent par pénétrer en plus ou moins grande masse dans le torrent circulatoire; il admet cette translation, au moyen de laquelle il croit pouvoir rendre compte des troubles qui, tôt ou tard, se montrent dans l'ensemble de l'organisme » (1).

Sans doute, cette théorie ne supporte pas un examen approfondi. D'une part, comme on l'a déjà remarqué, l'altération des liquides dont parle l'auteur, du moins au début de la maladie, n'est pas prouvée; de l'autre, des liquides profondément altérés restent souvent en stagnation dans le canal intestinal, dans l'estomac ou l'intestin, dans les cas de cancer, d'étranglement complet ou incomplet, de dysenterie avec ulcérations plus ou moins profondes de la membrane muqueuse du colon, etc., sans qu'on observe les symptômes de l'affection typhoïde. Ceux-ci, et surtout les plus remarquables d'entre eux, les phénomènes cérébraux, et ceux qui tiennent au trouble des organes des sens, se développent quelquefois à une époque très rapprochée du début, quand on ne peut pas supposer à la fois une altération des liquides contenus dans l'intestin, et leur transport dans le torrent de la circulation, etc.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, M. De Larroque n'emploie pas les évacuants dans des circonstances particulières, dans une certaine période de la maladie, quand elle affecte telle et telle forme; mais dans toutes ses formes, dans tout son cours, jusqu'à complète convalescence, jusqu'à ce que

(1) *Mémoire sur la fièvre typhoïde*, Paris 1839, page 5.

la fièvre ait complétement cessé. Et les purgatifs ne sont pas les seuls évacuants auxquels il ait recours ; il donne presque constamment, au début de son traitement, de 5 à 6 centigrammes de tartre stibié en lavage, plus rarement l'ipécacuanha, à raison du dégoût qu'il excite chez beaucoup de malades, et aussi parce qu'il amène plus rarement des évacuations alvines. Donné dès le commencement (p. 119), et après une indication bien précise (celle des symptômes gastriques), le vomitif a encore, suivant M. De Larroque, l'avantage d'abréger sensiblement le cours de la fièvre typhoïde, de lui imprimer, en général, un caractère bénin, et de prévenir une foule d'anomalies qui se développent avec une intensité relative à la multiplicité et à la gravité des symptômes précurseurs. Jamais, ajoute-t-il, les malades ne se trouvent plus soulagés que lorsque le vomitif provoque en même temps, ou successivement, des évacuations supérieures et inférieures ; et maintes fois il arrive que les sujets qui avaient la bouche très sèche et pour ainsi dire aride, l'ont bientôt humide, quand des vomissements copieux ont pu être déterminés (p. 120). Aussi, quand l'effet d'un premier vomitif a été nul ou peu remarquable, il est nécessaire d'y revenir de nouveau et d'en augmenter la dose, surtout si les symptômes saburraux réclament impérieusement l'emploi d'un pareil moyen (p. 121-122).

Loin d'être arrêté, dans l'administration des purgatifs, par la diarrhée, les douleurs abdominales et le météorisme, ce sont là, au contraire, les raisons qui engagent M. De Larroque à ne pas différer l'emploi de ces médicaments (125) : car, dans son opinion, plus on laisse séjourner sur la muqueuse intestinale la cause matérielle de la maladie, plus il est à craindre que son altération ne devienne profonde et ne concoure à la perte plus ou moins rapide des malades.

On objectera peut-être, continue-t-il, que quand il y a diarrhée spontanée, on n'a pas besoin d'administrer les purgatifs, puisque la nature procure elle-même les évacuations que je regarde comme nécessaires. Mais selon l'auteur du mémoire, la nature rejette bien moins, en général, la cause matérielle de la maladie, que les liquides sécrétés par la surface enflammée; et puis, quand elle se charge de ce soin, elle le fait avec beaucoup trop de lenteur.

D'ailleurs, les modifications salutaires, produites par les évacuants, sont d'autant plus évidentes en général, suivant M. De Larroque (p. 127), que les déjections ont été plus abondantes, qu'on s'est plus empressé de les déterminer, et qu'on met moins d'interruption dans l'administration des laxatifs. Si les déjections s'arrêtent après avoir été provoquées abondamment, il est rare, dans le commencement de la maladie, que les accidents typhoïdes, qui avaient diminué, ne se reproduisent et ne s'aggravent, en proportion de la négligence que l'on met à rendre de nouveau le ventre libre : mais si l'on se hâte de remplir cette indication, les accidents de la récidive ne sont pas, en général, de longue durée. Quand toutefois les sujets éprouvent des coliques et des superpurgations, il est bon de suspendre, pendant vingt-quatre heures, l'administration des laxatifs ; parce qu'en insistant sur leur emploi, on pourrait ajouter à l'inflammation dothinentérique une phlegmasie érythémateuse.

On peut, au fur et à mesure que l'état général s'améliore, interrompre de temps en temps les évacuants inférieurs; mais il ne faut, en général, cesser de les mettre en usage que lorsque la maladie est complétement vaincue (p. 128).

Les laxatifs suffisent ordinairement, et l'on ne doit recourir aux drastiques que dans les cas de constipation opiniâtre.

Aux laxatifs (eau de Sedlitz, huile de ricin, calomel),

M. De Larroque joint les cataplasmes émollients sur l'abdomen, quand l'intestin lui paraît très douloureux, les boissons acidulées, les lavements émollients matin et soir ; et il ne s'écarte pas de ce traitement tant que les phénomènes typhoïdes persistent : puis, le mouvement fébrile terminé, il hâte le retour des forces à l'aide de légers toniques.

Les résultats de ce traitement sont on ne saurait plus satisfaisants, si l'on en juge par les faits recueillis par M. De Larroque et mis, par lui, sous les yeux de l'Académie royale de médecine. En effet, la durée moyenne du traitement serait, d'après ces mêmes faits, de dix jours, à partir de l'admission des malades à l'hôpital, et la mortalité, d'un dixième seulement, ou de dix sujets sur cent, en y comprenant les malades arrivés mourants : dernière circonstance qui permettrait encore de baisser le chiffre de la mortalité, puisque quand il s'agit de juger le degré d'influence d'une méthode thérapeutique quelconque sur l'issue d'une maladie, on doit écarter, des faits analysés, ceux qui sont relatifs aux malades qui n'ont pu être traités à temps, ou qui l'ont été seulement à une époque où il n'était plus possible d'espérer de succès d'aucun agent thérapeutique.

J'ajouterai, qu'en lisant, avec soin, les observations consignées par M. De Larroque dans son mémoire, on y reconnaît autant d'exemples de l'affection typhoïde ; et si tous les faits compris dans son résumé sont aussi bien caractérisés que ces derniers; si, comme tout porte à le croire, M. De Larroque n'a fait aucun choix, s'il a analysé *indistinctement* tous les faits qui se sont présentés à son observation, dans un temps donné ; il devient infiniment probable que le traitement évacuant est préférable à ceux qui ont été employés dans ces derniers temps, même à celui que j'avais conseillé moi-même, *provisoirement*, et dont j'ai exposé les résultats à la fin du chapitre précédent.

Il est d'ailleurs d'autant plus probable que les faits analysés par M. De Larroque sont autant de cas d'affection typhoïde, que nulle part ce médecin n'annonce avoir jugulé la maladie ; qu'il dit seulement en abréger la marche et en rendre les accidents moins fâcheux.

Plusieurs médecins, après M. De Larroque, ont combattu l'affection typhoïde par les évacuants avec un succès non moins marqué. Je citerai parmi eux M. le docteur Weber, de Mulhouse, dont le talent égale la probité scientifique, mais qui n'a pas publié, je le crois du moins, l'analyse de ses travaux à ce sujet ; de manière qu'il m'est impossible de les apprécier rigoureusement.

D'autres praticiens, il est vrai, n'ont pas été aussi heureux. Ainsi, sur cent trente-quatre malades traités par M. Piédagnel à l'Hôtel-Dieu, au moyen des évacuants, dans les années 1834 et 1835, dix-neuf sont morts, ou un septième et une fraction (1). On peut croire toutefois, d'après les termes de sa communication faite à l'Académie royale de médecine, que M. Piédagnel a compris, parmi ses malades, des individus qui n'étaient pas atteints d'affection typhoïde, et qui ont un peu augmenté le chiffre de la mortalité indiquée : de manière que la différence entre les résultats obtenus par lui et par M. De Larroque est moindre, en réalité, qu'elle ne semble au premier abord. En effet, afin d'apprécier plus nettement l'influence des purgatifs sur le traitement de l'affection typhoïde, M. Piédagnel distingue plusieurs variétés de cette maladie : 1° la fièvre typhoïde simple, dont tous les cas, ou soixante-neuf sur les cent trente quatre qu'il a traités, ont guéri ; 2° la fièvre adynamique, qui a

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1837, t. 1er, page 495.

fourni quarante-neuf cas, dont dix relatifs à des individus qui ont succombé ; 3° la fièvre typhoïde ataxique, caractérisée par des symptômes cérébraux et par des lésions qui ont leur siége dans les organes encéphaliques, fièvre qui a fourni quatorze malades, dont sept ont succombé ; 4° enfin, la fièvre typhoïde foudroyante, qui a compté deux cas, tous deux funestes, et relatifs à des sujets à l'autopsie desquels on n'a trouvé aucune lésion anatomique.

Évidemment ces deux derniers cas ne peuvent être comptés dans le chiffre de la mortalité ; car on ne peut donner le nom de fièvre typhoïde à une affection qui enlève brusquement un malade, sans laisser de traces ; cette affection pouvant tout aussi bien être une fièvre éruptive ou une autre maladie, qu'une affection typhoïde. Peut-être pourrait-on en dire autant de plusieurs cas de la variété à laquelle M. Piédagnel donne le nom d'ataxique typhoïde, et dont le caractère anatomique serait dans l'encéphale ; puisque, d'une part, le caractère anatomique de l'affection typhoïde n'a pas son siége dans l'encéphale, et que de l'autre il n'est pas dit, si, dans ces mêmes cas, les plaques elliptiques de Peyer étaient plus ou moins profondément altérées ; en sorte que les faits recueillis par M. De Larroque et ceux qui l'ont été par M. Piédagnel, ne sont pas entièrement comparables, et que la différence indiquée dans les résultats du traitement de ces deux médecins, est peut-être plus apparente que réelle, comme je l'indiquais tout à l'heure.

Sur quarante-huit sujets traités au moyen des purgatifs par M. Andral, à l'hôpital de la Charité, et dont il est question dans son rapport à l'Académie royale de médecine, au sujet du travail de M. De Larroque (1), huit ou la sixième

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1837, t. I, page 182.

partie ont succombé; proportion encore un peu plus considérable que celle indiquée par M. Piédagnel, mais au sujet de laquelle aucune discussion ne peut avoir lieu, faute de détails sur les faits.

De mon côté aussi j'ai cherché à connaître, par des faits cliniques, la valeur des purgatifs, dans le traitement de l'affection typhoïde, et j'ai traité, par eux, trente-huit sujets entrés dans ma division, à l'hôpital de la Pitié, en 1835, depuis le mois d'avril jusqu'au mois de décembre de la même année. L'histoire de ces malades a été recueillie avec un grand soin par M. le docteur Barth, alors interne dans ma division. Il en a fait une analyse détaillée que la *Presse médicale* a publiée dans son numéro du 4 janvier 1837; et c'est de cette analyse, dans laquelle aucun détail important n'a été omis, que je vais extraire ce qui suit.

Sur les trente-huit sujets traités par les évacuants, sept, parmi ceux qui ont guéri, pouvaient offrir quelque doute relativement au caractère de leur maladie, et ils ont été retranchés de cette analyse. Sur les trente-un sujets restants et offrant tous les symptômes de l'affection typhoïde, trois seulement succombèrent, ou la dixième partie environ.

Ces sujets n'étaient pas tous atteints de la maladie au même degré : grave chez les uns, l'affection était de moyenne intensité, ou légère chez les autres.

1° *Les cas graves* étaient au nombre de neuf, et offraient généralement réunis, à un haut degré, tous les symptômes de l'affection typhoïde (prostration, stupeur, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, surdité parfois complète; étourdissements; selles fréquentes, souvent involontaires; taches roses, lenticulaires; nombreux *sudamina*; météorisme de l'abdomen, langue sèche; quelquefois assoupissement, fré-

quemment délire ; peau chaude, pouls accéléré (de cent huit à cent douze pulsations par minute). Aucun des sujets de cette série ni des suivantes n'offrit l'agitation, le délire furieux, qui caractérisent la forme ataxique.

Leur âge moyen était vingt-deux ans et demi ; six étaient au-dessous, trois au-dessus ; les extrêmes étaient dix-huit et quarante ans.

Sept d'entre eux sortirent guéris ; deux succombèrent, un peu moins d'un quart.

Chez ceux qui guérirent, l'affection remontait, terme moyen, à onze jours et demi à leur entrée à l'hôpital ; à moins de dix jours, chez trois, à plus de douze, chez quatre. Leur convalescence, comptée du jour où ils mangèrent le huitième de portion, eut lieu, terme moyen, vingt-trois jours et demi après leur admission à l'hôpital, trente-quatre jours et demi après l'invasion de la maladie ; et la durée totale de l'affection, depuis son début jusqu'à la sortie des malades de l'hôpital, fut de deux mois, aussi terme moyen.

L'eau de Sedlitz fut ordinairement administrée à la dose d'une bouteille par jour, quelquefois d'une demi-bouteille, ou d'un verre seulement, dans les cas où les premières doses étaient suivies de six à huit selles. L'emploi en fut momentanément suspendu chez quelques malades dont les évacuations alvines étaient trop nombreuses et trop fatigantes ; l'usage de ce médicament fut généralement continué, comme le veut M. De Larroque, jusqu'au moment où les symptômes s'amendèrent d'une manière évidente ; et, dans les derniers jours de son administration, on en diminuait la dose. Ou bien, sans déterminer cette dose, on prescrivait d'en prendre jusqu'à ce qu'il y eût deux ou trois évacuations ; et, dans deux cas où l'eau de Sedlitz était prise avec trop de répugnance, elle fut momentanément remplacée par

l'huile de ricin donnée pendant deux ou trois jours. — La boisson ordinaire était une solution de sirop de gomme ou de sirop tartareux. — Trois malades qui eurent de l'insomnie, du délire la nuit, prirent, avec un succès marqué, du sirop de pavot blanc à dose successivement croissante, de 4 à 20 grammes. Une infusion de k. k. fut administrée, avec avantage, à une femme, vers la fin de la maladie; et l'extrait sec de k. k., à dose croissante de 5 à 15 décigrammes par jour, a produit de bons effets chez deux hommes dont les forces tardaient à renaître, et qui présentaient une débilité générale avec absence de chaleur, de météorisme du ventre, et lenteur du pouls.

Les deux sujets qui succombèrent étaient âgés de dix-neuf à vingt-quatre ans; ils furent admis à l'hôpital le cinquième et le huitième jour après le début de la maladie; et leur mort eut lieu dix et vingt-un jours plus tard, dix-huit et vingt-six jours après l'invasion.

2° *Les cas moyens*, au nombre de huit (six hommes et deux femmes), offraient aussi la plupart des phénomènes morbides propres à la fièvre typhoïde. On y retrouvait, comme dans la série précédente, mais à un moindre degré, le malaise, le frisson, la céphalalgie, les brisements au début; puis, la dépression des forces, l'immobilité plus ou moins marquée des traits, les épistaxis, les bourdonnements, les vertiges, la diarrhée, le ballonnement du ventre, les taches roses, lenticulaires, les *sudamina*, généralement moins nombreux que dans la série précédente; la chaleur, l'accélération du pouls, qui battait de quatre-vingts à cent huit, etc., etc. Chez plusieurs la langue fut sèche, chez deux le pouls monta à cent seize et à cent vingt-huit. Une femme eut des selles involontaires; un malade était sans diarrhée lors de son entrée à l'hôpital, un autre eut de la

constipation dans les deux premiers jours. Enfin, l'une des deux femmes offrait, à son arrivée, les symptômes d'une angine avec dysphagie et dyspnée intense, pour lesquelles on fit une saignée suivie de l'application de vingt-cinq sangsues à l'angle des mâchoires.

L'âge moyen de ces sujets était vingt-quatre ans et demi; trois étaient au-dessous; les extrêmes étaient quinze et trente-six ans.

L'un d'eux mourut après soixante-trois jours de toute maladie, et quarante-huit jours après son entrée à l'hôpital, où l'on vit se développer tous les signes de la phthisie : et, à l'ouverture de son corps, on trouva des tubercules dans les deux poumons avec des excavations du côté gauche, les plaques elliptiques de Peyer ulcérées et en partie cicatrisées. Aucune émission sanguine n'avait eu lieu, et l'eau de Sedlitz avait été donnée pendant sept jours, à partir du lendemain de l'admission du malade à l'hôpital. — Chez les sept autres malades le début de l'affection remontait à sept jours et demi, terme moyen, lors de leur entrée à la Pitié, et deux seulement y furent admis après le dixième jour. — La convalescence eut lieu vingt jours après le début des premiers symptômes, et la durée totale de l'affection, depuis le début jusqu'à la sortie des malades, fut de trente-deux jours.

L'eau de Sedlitz fut administrée à ces malades de la même manière qu'à ceux de la série précédente; elle fut remplacée, momentanément, par l'huile de ricin chez l'un d'eux. La boisson fut de la limonade ou du sirop tartareux.— Chez l'une des deux femmes, le sirop de pavot blanc fut administré pendant deux jours avec avantage, et l'on associa, de temps en temps, aux moyens précédents, quelques lavements émollients.

3° Les sujets dont *l'affection fut légère* étaient au nombre de quatorze, déduction faite de ceux chez lesquels le diagnostic de la maladie n'avait pas le degré de certitude que doivent avoir, observe M. Barth, les faits qui servent de base à une bonne statistique. Deux de ces malades n'eurent pas de diarrhée; mais l'ensemble des autres symptômes qu'ils éprouvèrent (céphalalgie, bourdonnements, prostration dès le début, accélération du pouls, taches roses, lenticulaires, *sudamina*, etc., etc.), suffit pour caractériser la maladie, de manière à ne laisser aucune espèce de doute à cet égard.—L'âge moyen des sujets était vingt-cinq ans. Six étaient au-dessous, huit au-déssus; les extrêmes étaient quinze et trente-cinq. — Le début de l'affection remontait à neuf jours, terme moyen, à l'entrée des malades à l'hôpital. Dix d'entre eux y furent admis avant, quatre après ce terme. Tous sortirent guéris de l'hôpital.

La convalescence eut lieu, terme moyen, dix jours après l'admission du sujet à la Pitié, et dix-neuf jours après le début des premiers symptômes.

Le traitement de ces malades n'offrit rien de remarquable. L'eau de Sedlitz leur fut administrée de la manière précédemment indiquée, et, terme moyen, pendant cinq jours. Elle fut remplacée, une seule fois, chez un sujet, par 45 grammes d'huile de ricin. La boisson habituelle fut la solution de sirop tartareux ou la limonade citrique en plus ou moins grande quantité.

Dans un cas où la céphalalgie était vive et opiniâtre, on eut recours à une application de sangsues sur les apophyses mastoïdes, et, comme c'est le plus ordinaire, sans succès évident.

Les cas dont il vient d'être question ont été répartis, ajoute M. Barth en finissant, assez également dans les dif-

férents mois de l'année, pour éloigner toute idée de constitution épidémique; de manière, que sous ce rapport, ces faits sont entièrement comparables à ceux dont il a été question jusqu'ici, et, en particulier, à ceux qui sont relatifs aux sujets traités par moi à la Pitié, au moyen de saignées médiocres, de l'eau de Seltz, et des lavements : sujets, on se le rappelle, au nombre de cent, parmi lesquels douze ont succombé, ou un peu moins d'un huitième.

Ce dernier résultat est moins favorable que celui qui a suivi l'action des purgatifs, chez les malades dont je viens d'analyser l'histoire, sans qu'on puisse néanmoins en conclure, rigoureusement, la supériorité des évacuants, à raison du petit nombre de sujets traités par eux ; puisqu'un sujet de plus, parmi ces malades, aurait pu amener un décès de plus, et, par conséquent, faire changer d'une manière remarquable la mortalité, qui aurait été alors d'un huitième.

Toutefois ces deux séries de faits me paraissent précieuses, en ce que la proportion des cas légers et des cas graves est assez également même dans l'une et dans l'autre; que dans toutes deux les malades ont été traités dans le même hôpital, dans les mêmes salles, par le même médecin; qu'indifférent aux résultats qui devaient suivre l'administration de tel ou tel moyen thérapeutique, je n'ai pu être induit en erreur par une préférence accordée, à l'avance, à tel ou tel d'entre eux (1).

(1) C'est probablement aussi au petit nombre de malades traités par les purgatifs, qu'on doit les différences assez remarquables qu'on trouve dans la durée de la maladie dans les cas graves, chez les sujets traités par les purgatifs, et chez ceux qui ont été traités à la Charité par les saignées (deux saignées médiocres dans les dix premiers jours de l'affection). Sous l'influence de ce dernier traitement, en effet, la durée moyenne de la maladie fut de 30 jours, dans les cas graves, et de 25 dans

Si l'on ne peut encore conclure rigoureusement des faits qui précèdent, même de ceux recueillis et exposés par M. De Larroque, la supériorité des évacuants dans le traitement de l'affection typhoïde, il faut au moins reconnaître, car rien n'est plus clair, que ces agents n'ont pas l'effet nuisible qu'on leur a attribué, pendant long-temps, sur la marche et l'issue de cette maladie; qu'on peut les administrer sans crainte; qu'il est même assez probable, d'après les seuls faits recueillis par M. le docteur Barth, à la Pitié, dans ma division, que ces agents sont supérieurs aux autres moyens thérapeutiques. Et la conclusion serait tout à fait sûre, si ces faits, et ceux communiqués par M. De Larroque à l'Académie royale de médecine, étaient plus nombreux, et si ce médecin fût entré dans un plus grand nombre de détails à leur égard. Évidemment aussi c'est à l'étude de l'action des évacuants sur la marche et sur la terminaison de l'affection typhoïde, que les praticiens doivent surtout s'attacher aujourd'hui.

J'ajouterai qu'à part M. De Larroque, les médecins qui ont employé les évacuants dans le traitement de la fièvre typhoïde, n'ont pas fait, ou bien rarement, usage du tartre stibié au début; que cette omission peut encore avoir modifié le chiffre de la mortalité; que si des hommes habiles et profondément versés dans la connaissance de l'affection typhoïde, ont proscrit l'usage des purgatifs à l'époque de la maladie à laquelle on peut admettre l'existence des ulcérations de l'intestin grêle, à raison de l'influence possible de ses contractions sur la formation des perforations, leurs principes doivent fléchir devant l'expérience, qui montre que

les cas légers; tandis qu'ici, sous l'influence des purgatifs, cette durée fut, comme il a été dit, dans les cas graves, dans ceux de moyenne gravité, dans les cas légers, de 34, de 20 et de 19 jours.

cet accident n'est pas plus à craindre, qu'il est peut-être moins à redouter avec le traitement évacuant qu'avec le traitement anti-phlogistique. En effet, sur les trente-deux cas d'affection typhoïde, traités par moi à la Pitié, au moyen des purgatifs, je n'ai observé aucun exemple de cette lésion. Sur cinquante autres malades que j'ai traités de la même manière et à toutes les époques de l'affection, à l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, je compte seulement un cas de perforation; et MM. Andral et Piédagnel gardent le silence sur ce point.

On dira peut-être qu'une épidémie de fièvre typhoïde survenant, pourrait montrer la vanité de tout ce que je viens de dire de favorable à l'emploi des purgatifs. Je répondrai à cela qu'il ne s'agit pas ici d'épidémies, mais seulement de l'affection typhoïde observée à l'état sporadique; qu'il faut bien admettre que dans des conditions analogues, le traitement qui a réussi à une époque, sur une masse assez considérable d'individus, réussirait encore; sans quoi il n'y aurait pas de thérapeutique possible, et l'expérience serait un vain mot.

Maintenant, en admettant comme démontrée la supériorité des évacuants dans le traitement de la fièvre typhoïde, considéré d'une manière générale, devra-t-on les employer dans tous les cas indistinctement, qu'ils soient graves ou légers; quelle que soit la prédominance des symptômes, dans les formes ataxiques et adynamiques? La réponse à ces questions me paraît facile. D'une part, le degré d'une maladie ne change pas la nature de son traitement; il exige seulement qu'on le suive avec plus ou moins d'énergie. D'autre part, si la mortalité de l'affection est moindre sous l'influence des évacuants que sous celle des autres méthodes de traitement, ce ne peut être qu'en mo-

difiant plus avantageusement les cas graves que ces dernières ; peut-être aussi, certains cas légers, qui deviennent assez souvent funestes, comme on l'a vu, par suite de la perforation de l'intestin grêle, quand les malades sont traités par les méthodes les plus généralement usitées. De manière qu'en admettant la supériorité des évacuants, dans le traitement de l'affection typhoïde considérée dans la généralité des cas, il est clair que ces agents doivent être employés dans les cas graves et dans les cas légers ; seulement avec plus ou moins d'énergie.

Quant aux formes dites ataxiques et adynamiques, les plus graves de toutes, celles dans lesquelles la mortalité est la plus considérable, qui fournissent le plus grand nombre de cas fâcheux ; il est encore bien évident que le traitement évacuant leur est principalement applicable, si, comme nous l'admettons provisoirement, ce traitement est généralement plus heureux que les autres : et il n'est pas à présumer que la forme ataxique, qui est la plus redoutable, exige de très grandes modifications à cet égard ; vu qu'elle n'est point ordinairement accompagnée de lésions appréciables de l'encéphale, et que les maladies qui, comme la pneumonie, par exemple, sont assez fréquemment accompagnées de symptômes cérébraux, guérissent par le même traitement que ces symptômes existent ou n'existent pas. Nous verrons, toutefois, dans le chapitre suivant, quelles modifications il serait peut-être convenable d'apporter au traitement évacuant, tel qu'il a été exposé, quand les symptômes ataxiques viennent à se développer.

CHAPITRE III.

OPIUM.

Les préparations d'opium n'ont pas joué, jusque dans ces derniers temps, un rôle considérable dans le traitement de l'affection typhoïde. Toutefois, quelques médecins et le docteur Neumann de Berlin, en particulier, recommandent l'usage des lavements opiacés, quand la diarrhée, qui accompagne ordinairement cette maladie, est considérable; et assez récemment encore, le docteur Graves, puis le docteur W. Stokes, ont cherché à combattre, par l'opium, les accidents formidables qui se manifestent après la perforation de l'iléum, dans certains cas d'affection typhoïde (1). On conçoit, en effet, qu'un médicament qui diminue, momentanément, les mouvements péristaltiques de l'intestin, doit diminuer, par cela même, l'écoulement des matières à travers une perforation qui y serait survenue par une cause quelconque; qu'il favorise l'adhésion du pourtour de la perforation aux parties voisines; qu'il arrête, ainsi, la marche d'un accident inévitablement mortel, sans cela.

Le docteur Graves fut conduit à cette pratique, par le succès qu'il obtint de l'opium donné à haute dose dans deux cas de péritonite aiguë extrêmement grave, développée à la suite de la paracenthèse, chez des sujets affaiblis, auxquels on ne tira pas une goutte de sang.

Ces faits sont assurément d'un haut intérêt pour la théra-

(1) *Gazette médicale*, 1835, p. 166, Mémoire sur l'emploi de l'opium à haute dose dans le traitement de la péritonite due à la perforation de la membrane séreuse; par le docteur W. Stokes, médecin de l'hôpital Meath, à Dublin.

peutique en général, puisqu'ils indiquent que, dans des cas très graves et dans les circonstances indiquées, les phlegmasies péritonéales les plus violentes peuvent être traitées avec succès, et un succès prompt, par l'opium, sans le secours des émissions sanguines. Mais ils ne prouvent pas que la péritonite due à la perforation de l'iléum puisse être traitée de la même manière, avec le même succès. J'en dirai autant au sujet d'un autre cas non moins intéressant, traité par le même médecin, et relatif à un malade qui, après avoir pris une forte dose de sel de Glauber, eut un dévoiement considérable, et présenta ensuite, tout à coup, tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Ce malade, qui fut traité à l'hôpital Meath, prit, dès son arrivée dans les salles, 5 centigrammes d'opium d'heure en heure. Le lendemain, une amélioration bien marquée avait lieu; et bien que le sujet eût pris 12 décigrammes d'opium, il n'avait pas éprouvé la moindre trace de coma, de céphalalgie, de délire. Le même médicament fut continué, en en diminuant un peu la quantité, journellement, jusqu'au dixième jour, que la convalescence fut complétement établie. 9 grammes d'opium avaient été administrés sans aucun des effets que produit ordinairement ce médicament donné à haute dose.

Sans doute, le brusque début de la maladie rappelle celui de la péritonite causée par la perforation de l'iléum, chez un certain nombre d'individus; mais on ne saurait assurer que cette perforation ait réellement eu lieu, d'autant mieux qu'on ignore dans quelle circonstance le sel de Glauber a été donné, et qu'il n'y a peut-être pas un seul exemple, bien constaté, d'une perforation de l'intestin, qu'on puisse attribuer à l'action de ce moyen.

Le fait suivant, recueilli par le même, le médecin docteur Graves, est plus concluant par rapport à l'objet qui nous oc-

cupe; car il montre la possibilité de traiter avec succès, par l'opium, une péritonite causée par l'épanchement d'un liquide très irritant dans l'abdomen. Ce fait est relatif à une femme qui fut admise à l'hôpital Meath pour un abcès du foie. Une incision fut pratiquée sur le point le plus saillant de la tumeur, de telle manière que le pus s'épancha dans la cavité abdominale ; et aussitôt tous les symptômes d'une violente péritonite se développèrent. L'état de la malade ne permettant aucune espèce d'émission sanguine, on prescrivit du vin, du porter, et de très fortes doses d'opium. Des vésicatoires furent aussi appliqués et pansés avec la morphine. Les symptômes de la péritonite disparurent en peu de jours ; et la malade ayant succombé plus tard aux progrès de la maladie du foie, l'autopsie confirma complétement, dit M. Stokes (à qui j'emprunte ce récit), le diagnostic qui avait été porté.

Malgré l'absence de beaucoup de détails essentiels, qui sont à regretter dans cette observation, on ne saurait douter, ici, de l'existence d'une péritonite, par suite de l'épanchement d'une certaine quantité de pus dans le péritoine; péritonite guérie en peu de jours, sans émission sanguine, sous l'influence de l'opium à haute dose. Dirai-je malgré le porter?

Une autre observation que nous devons encore au docteur Stokes est relative à la perforation du colon, et offre aussi beaucoup d'intérêt, malgré la complication du traitement et l'impossibilité de faire rigoureusement la part de l'opium. L'enfant qui en est l'objet avait douze ans, et fut pris tout d'un coup, au milieu des symptômes d'une entérite, vers le dixième jour de la maladie, d'un grand accablement. Le facies était décomposé, le pouls vif et intermittent, tout l'abdomen excessivement douloureux, les vomissements fréquents ; il y avait de la diarrhée avec ténesmes. L'abdo-

men fut couvert de sangsues, et le malade mis dans un bain tiède. Le lendemain, le pouls était plus fort, et on pratiqua une saignée dont le sang ne se couvrit pas de couenne. Le même jour, à l'entrée du malade à l'hôpital Meath : traits décomposés, expression d'anxiété et de vives souffrances, extrémités froides, pouls à peine perceptible, respiration très accélérée, ventre très distendu et sensible, ténesme continuel. Les symptômes de la perforation existaient depuis deux jours, dit l'auteur, quand on donna les gouttes noires, dont le malade prit soixante, en vingt-quatre heures; et l'on pratiqua, en même temps, des frictions mercurielles sur le ventre. Le lendemain : amélioration considérable, pouls plein et mou, retour de la chaleur aux extrémités, expression hippocratique de la face dissipée, pression abdominale bien supportée, ténesme nul, expression de confiance et de contentement. Le traitement fut continué pendant deux jours, après lesquels *tous les symptômes de l'affection abdominale avaient complétement disparu.* Craignant alors que la constipation, qui avait remplacé la diarrhée, ne fût nuisible au malade, le docteur Stokes ordonna un léger laxatif qui amena quatre selles, et, en même temps, le retour de tous les symptômes de la péritonite, laquelle se termina promptement par la mort. A l'autopsie, on trouva une péritonite générale, tous les intestins agglutinés dans la fosse iliaque gauche, le cœcum offrant une petite perforation, et les muqueuses de l'iléum et du colon peu altérées.

Ici encore quelques détails essentiels manquent, qu'il eût été important de recueillir. On ignore la largeur de la perforation, ses rapports avec les parties environnantes, le point précis où elle avait lieu; circonstances qui peuvent avoir une si grande influence sur l'intensité des symptômes au début de la péritonite. Cependant, une perforation du

cœcum a eu lieu, une amélioration considérable, dans les symptômes qui en étaient la suite, s'est manifestée, non après les émissions sanguines, mais après l'usage de l'opium et des frictions mercurielles ; l'amélioration a été aussi rapide dans ce cas que dans les précédents, et il devient assez probable, par cela même, qu'elle a été le résultat de l'action de l'opium et non des frictions : de manière qu'on est porté à croire, à l'exemple de l'auteur, que la médication opiacée aurait pu avoir un plein succès, sans les laxatifs donnés au quatrième jour du traitement.

Toutefois, cette manière de voir suppose, comme bien établi, que la cause qui a donné lieu à une première perforation, se serait arrêtée, n'aurait pas amené d'autres perforations, etc.; ce qui est loin d'être démontré, ce qui, on peut le dire, doit arriver rarement. Il n'est nullement prouvé d'ailleurs, que, dans le cas actuel, la perforation ait eu lieu dans le cours d'une affection typhoïde, puisque la perforation de l'intestin, quand elle arrive dans le cours de cette maladie, a son siége à la fin de l'iléum, et non dans le cœcum, comme chez le sujet de l'observation du docteur Stokes ; de manière que, tout en admettant les beaux résultats obtenus par MM. Graves et Stokes, de l'administration de l'opium à haute dose, dans quelques cas de péritonite aiguë, intense ; il faut reconnaître que ces médecins ne nous ont pas donné d'exemple incontestable d'une péritonite aiguë, causée par la perforation de l'ileum, dans le cours d'une affection typhoïde, heureusement terminée sous l'influence de l'opium à haute dose.

Cependant, j'ai observé, l'année dernière, dans ma division à l'Hôtel Dieu, un cas de fièvre typhoïde qui rentre *probablement* dans cette catégorie. Je dis probablement, car le sujet a guéri, et la preuve matérielle manque. C'était une femme

de près de quarante ans, dont, malheureusement, l'histoire a été égarée. Elle était dans ma division depuis douze jours, éprouvant les symptômes les plus caractéristiques d'une affection typhoïde à un médiocre degré, quand elle fut prise, tout d'un coup, d'une violente douleur au côté droit du ventre. A la visite du lendemain : altération profonde des traits, immobilité, douleur vive de l'abdomen qui était extrêmement sensible à la moindre pression, dans toute son étendue, et presque sans météorisme ; pouls très petit et très fréquent, refroidissement des extrémités ; quelques nausées. Une potion gommeuse, avec addition d'un décigramme d'hydrochlorate de morphine, fut ordonnée et prise par cuillerées, dans l'espace de vingt-quatre heures : pour étancher la soif, la malade ne prit que quelques gorgées d'eau très froide, et les mêmes moyens, auxquels il faut joindre une immobilité aussi complète que possible, furent continués les jours suivants. Le lendemain, l'état de la malade n'était pas amélioré ; mais, le surlendemain, l'altération des traits était un peu moindre, les membres un peu moins froids, le pouls et l'immobilité de la malade restant les mêmes. Une amélioration plus marquée eut lieu et fit des progrès sensibles, les jours suivants ; le météorisme ne fut jamais plus considérable qu'au début ; et, treize ou quatorze jours après l'apparition de la douleur et des autres symptômes qui semblaient dus à la perforation de l iléum, la malade prenait quelques aliments. La constipation, qui avait duré jusque-là, fut vaincue à l'aide de lavements simples ; et quand elle quitta l'hôpital, après y avoir fait un séjour de six semaines environ, la made n'avait qu'un reste de faiblesse, et n'éprouvait aucun symptôme qu'on pût rapporter à la perforation de l'intestin.

Assurément les symptômes qui viennent d'être rappelés

sont ceux de la perforation de l'iléum : la guérison a eu lieu assez promptement, sous l'influence de l'opium; mais le diagnostic n'a pu être vérifié d'une manière rigoureuse, et l'on peut conserver des doutes sur la cause des accidents. Toutefois, il n'en peut être ainsi de la marche à suivre dans les cas analogues ; car ce fait et ceux qui précèdent montrent assez clairement l'utilité de l'opium en pareille circonstance : seulement il devient douteux qu'il soit nécessaire d'employer cet agent thérapeutique à des doses aussi élevées que l'ont fait les médecins anglais, puisque un décigramme d'hydrochlorate de morphine, donné journellement, a suffi pour mener à bien la malade de l'Hôtel-Dieu.

Le docteur Griffin, de Limerick, rapporte aussi un fait qu'il considère comme un cas de perforation intestinale, dans le cours d'une fièvre typhoïde, et dans lequel l'opium fut donné avec succès. Bien que le manque de détails ne permette pas d'adopter ou de rejeter l'opinion de l'auteur sur l'état du sujet au moment où l'opium lui fut administré, je vais encore, à raison de la rareté des faits analogues, rapporter celui dont il s'agit (1).

Ce cas est relatif à un enfant de cinq ans, arrivé, dit l'auteur, à la dernière période d'une fièvre typhoïde. L'affection avait duré long-temps et amené une faiblesse et une maigreur excessives. Le malade, au moment où il fut observé, était légèrement incliné sur le côté, poussait quelques gémissements, était insensible et sans parole : son pouls était presque imperceptible, à cent quarante, ses traits tirés, sa figure pâle, son nez, ses joues, son front, ses pieds et ses mains, froids ; sa tête presque immobile sur l'oreiller ; sa respiration comme convulsive, rare et sem-

(1) *Gazette médicale*, 1855, page 184.

blable à celle d'un mourant: l'abdomen était volumineux, chaud, extrêmement sensible. Le seul traitement fait, depuis plusieurs jours, consistait en quelques doses d'huile de ricin qui n'avait pas agi, et, depuis trois ou quatre jours, il n'y avait pas eu de garde-robe. — Reconnaissant, dit l'auteur, dans l'état du petit malade, tous les symptômes de la perforation de l'iléum, je prescrivis un grain d'opium avec quatre gouttes d'extrait de jusquiame, et il y eut, pendant toute la nuit, un sommeil calme et profond; le malade prit quelque peu de boisson, avec une grande difficulté, et, le lendemain matin, la sensibilité abdominale et les gémissements étaient moindres, le pouls moins fréquent, le malade faisait quelque attention à ce qui se passait autour de lui. L'opium et la jusquiame lui furent administrés de nouveau, et, le lendemain, on donna une dose d'huile de ricin. Dans le courant de la journée l'état du malade s'était amélioré, au point qu'il pouvait tenir une tasse à la main, et, dès-lors, l'issue de la maladie ne fut plus incertaine. L'opium fut continué pendant plusieurs jours, et, quand la sensibilité abdominale eut disparu, on obtint aisément des selles avec l'huile de ricin, dont le malade prit, chaque jour, une dose médiocre.

On ne saurait, comme je l'ai déjà indiqué, faute de détails suffisants, dire quelle affection l'auteur a combattue avec succès; et l'innocuité, peut-être même l'utilité de l'huile de ricin, donnée dès les premiers jours du traitement, porte à croire qu'il n'y avait pas ici perforation: car l'huile de ricin, en précipitant le mouvement péristaltique de l'intestin grêle, avant le travail de la cicatrisation des bords de la perforation, aurait dû s'y opposer, et par conséquent accroître les phénomènes morbides, au lieu de les dissiper. Mais le cas était extrêmement grave; un prompt suc-

cès a suivi l'administration de l'opium, et on doit en inférer que dans des cas analogues, et dans lesquels on pourrait soupçonner une fièvre typhoïde peu avancée, plutôt que toute autre affection, l'opium pourrait, ou même devrait être essayé.

L'opium n'a pas été employé jusqu'ici, que je sache du moins, pour combattre des symptômes de l'affection typhoïde différents de ceux dont il vient d'être question, et en particulier les symptômes nerveux, qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de rapporter, ainsi que nous l'avons vu plus haut, à une disposition anatomique particulière, et qui n'en ont pas moins assez souvent beaucoup de gravité. Ce qui a empêché les médecins de tenter des essais avec l'opium, pour combattre soit les mouvements spasmodiques, soit le délire à un médiocre degré, dans les cas dont il s'agit, c'est sans doute pour avoir admis, sans preuve suffisante, que l'opium n'agissait sur le cerveau qu'en déterminant l'engorgement de sa substance ou des membranes qui l'enveloppent ; et aussi, pour avoir cru que les symptômes cérébraux, observés dans la fièvre typhoïde, dépendent d'un engorgement du cerveau ; engorgement qui n'est pas plus fréquent, comme on l'a vu, dans l'affection typhoïde, que dans les autres maladies aiguës fébriles, toutes choses égales d'ailleurs ; pas plus chez ceux qui succombent à une affection typhoïde, avec délire, que chez ceux qui sont emportés par la même maladie, sans délire.

Considérant, d'une part, qu'il n'est nullement démontré que l'opium agisse sur le système nerveux en déterminant l'engorgement du cerveau ou de ses membranes ; d'autre part, que le cerveau est tantôt parfaitement sain, tantôt plus ou moins engorgé chez des individus emportés par une affection typhoïde avec ou sans délire ; j'ai cru pouvoir, sans

inconvénient, essayer l'action de l'opium, dans cette maladie, pour combattre les soubresauts commençants, ou un léger délire. Ces essais, je ne les ai tentés, jusqu'ici, que chez un petit nombre d'individus qui se trouvaient dans cette catégorie, chez dix seulement, soit dans les hôpitaux, soit dans la ville. Aucun mauvais effet n'a suivi leur administration, et, dans sept cas, les soubresauts et le délire ont diminué de huit à quinze heures après l'administration d'une quantité de sirop de karabé ou d'opium, qui n'a jamais dépassé 30 grammes: et, après trois ou quatre jours de l'administration du même moyen, les symptômes dont il s'agit avaient complétement disparu, pour ne plus revenir. J'ajouterai que les sujets soumis à cette médication n'avaient pas un mouvement fébrile intense, qu'on ne pouvait pas les considérer comme atteints d'une affection typhoïde grave, malgré les soubresauts et un peu de délire.

Cependant, des symptômes nerveux, qui pouvaient acquérir de la gravité par la suite, ont été modifiés heureusement, puis dissipés; et l'on se demande naturellement si l'opium, administré dans des cas plus graves et dans des circonstances analogues, n'aurait pas le même succès. Ce qui précède doit complétement rassurer sur le danger des essais qu'on pourrait tenter pour éclairer cette question, et je me propose de m'en occuper par la suite.

A la vérité, si le traitement évacuant, considéré dans l'ensemble des cas, est supérieur aux autres; si, dans l'état actuel des choses, on doit y avoir recours comme au plus sûr; on craindra peut-être que l'opium, dans les cas dont il vient d'être question en dernier lieu, ne soit plus nuisible qu'utile, en s'opposant aux évacuations. Mais ces craintes seraient vaines, car l'action des évacuants n'est que très

incomplétement enrayée par celle de l'opium, comme on en a la preuve dans maintes circonstances, et tous les jours, en quelque sorte, dans le traitement de la colique saturnine par les évacuants, dans celui de la pneumonie etc., etc., par l'association de l'opium au tartre stibié à haute dose,

---

CHAPITRE IV.

DES TONIQUES.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Dix-huit malades prirent des toniques; la durée moyenne de l'affection fut de trente-cinq jours moins un quart, chez eux; de vingt-six seulement, chez les individus qui se trouvant dans les circonstances les plus favorables, en apparence, aux émissions sanguines, furent saignés et ne prirent pas de toniques: en sorte qu'il semblerait, au premier abord, que ceux-ci ont exercé une grande influence sur la durée moyenne de la maladie, ont prolongé, d'un nombre de jours assez considérable, la vie des malades. Mais cette influence, beaucoup moindre en réalité, exige, pour être convenablement appréciée, que nous entrions dans quelques détails.

Les toniques n'ont pas toujours été administrés de manière à ce qu'on pût en apprecier l'action d'une manière rigoureuse, sous le point de vue qui nous occupe : c'était le cas de tous les sujets qui n'en firent usage que dans les derniers jours de la vie, quand ils étaient au plus mal et qu'on ne pouvait guère espérer leur être utile par un moyen quelconque; ou de ceux qui n'en prirent que pendant deux ou trois jours.

En retranchant ces cas de la somme totale, et en conservant, pour l'objet qui nous occupe, ceux-là seulement où les toniques ont été administrés six ou huit jours de suite, et plus, il nous reste treize sujets dont l'affection a duré, terme moyen, trente-six jours un quart (1); c'est-à-dire que la durée moyenne de la maladie, chez ceux qui avaient pris des toniques pendant un espace de temps plus ou moins considérable, était à celle des individus auxquels on n'en avait point administré, comme trente-six à vingt-six.

Mais ce rapport est beaucoup trop considérable, par la double raison que le premier terme en est trop élevé, et le second pas assez.

Le premier est trop élevé, en ce que trois des malades qui ont pris le quinquina l'ont commencé à une époque avancée de la maladie, ou du vingt-sixième au trentième jour ; et en les retranchant des treize cas indiqués tout à l'heure, la durée moyenne de l'affection n'est plus que de trente-deux jours et demi.

Le second terme du rapport est trop élevé, en ce qu'il est, en grande partie, formé par des individus enlevés trop rapidement pour avoir pu prendre des toniques ; de manière qu'en ôtant de la masse des sujets ceux qui étaient dans ce cas, ou qui sont morts du huitième au quinzième jour de l'affection, ce second terme devient vingt-neuf, au lieu de vingt-six, et la durée moyenne de la maladie, chez ceux qui ont été traités par les toniques et chez ceux qui n'en ont pas pris, se trouve de trente-un jours et demi et vingt-neuf.

Si le nombre trop restreint des faits sur lesquels reposent mes calculs ne m'a pas conduit à des résultats trompeurs, il faudra en conclure que les toniques ont été utiles,

(1) Obs. 16, 17, 18, 28, 29, 35, 36, 39, 44, 46, 47, 48.

chez les sujets dont il s'agit, en retardant de quelques jours le terme fatal.

Mais parmi les malades qui prirent des toniques, les uns furent saignés, les autres ne le furent pas : et, chez les premiers, au nombre de cinq, la durée moyenne de l'affection fut de trente-quatre jours et demi; tandis qu'elle ne fut que de trente-un chez les autres : c'est-à-dire que, sans cesser d'être généralement utiles, dans le cas où ils ont été administrés pendant un certain espace de temps, les toniques semblent l'avoir été davantage chez les sujets saignés que chez ceux qui ne l'ont pas été.

Tout vraisemblable que soit ce résultat, je sens plus que personne combien il doit laisser de doute dans l'esprit, vu le petit nombre de faits sur lesquels il repose.

Relativement à l'effet *immédiat* des toniques, voici ce qui eut lieu.

Le *pouls* fut un peu plus accéléré dans un cas, le lendemain de l'administration des toniques, qu'au moment où ils furent prescrits. Il le fut moins, au contraire, chez un sujet qui prit des toniques faibles au vingt-unième jour de l'affection, qui dura six semaines (obs. 17). Il n'offrit aucun changement appréciable dans les autres cas, alors même que les malades commencèrent par des toniques forts, c'est-à-dire par une infusion de quinquina froide, et une potion gommeuse avec 4 ou 8 grammes d'extrait de quinquina, ou 4, 5, 10 décigrammes de sulfate de quinine.

La *chaleur* ne subit d'altération sensible, dans aucun cas, à la suite des toniques forts ou faibles : et, dans un de ceux où les sueurs étaient copieuses, quand ils furent administrés, elles continuèrent au même degré (obs. 16) : ce qui n'a rien d'extraordinaire pour qui n'a pas oublié avec quelle

opiniâtreté les sueurs copieuses qui ont lieu dans la convalescence de l'affection typhoïde, résistent aux amers et aux excitants.

Les *symptômes cérébraux* n'offrirent aucun changement appréciable, le lendemain de la première prise des toniques. L'assoupissement, le délire, les cris, les vociférations, les spasmes continuaient comme avant la médication nouvelle ; puis, et à des distances plus ou moins éloignées, on observait quelques variations dans ces symptômes, mais telles qu'elles ont lieu quand les malades sont abandonnés à eux-mêmes : en sorte qu'on ne saurait les attribuer, avec quelque certitude, aux toniques.

Le *météorisme* augmenta, le lendemain de leur administration, dans un cas (obs. 2), n'offrit pas de changement appréciable dans les autres. — Les *selles* furent moins nombreuses, dans les mêmes circonstances, chez deux sujets (obs. 35, 48), et cette diminution persista du dix-septième au vingt-septième jour, chez l'un d'eux. Elles furent très fréquentes, au contraire, du vingtième au vingt-septième, chez un troisième, qui mourut au vingt-neuvième jour de l'affection (obs. 29). Rares ou nombreuses chez les autres malades, au moment où les toniques furent prescrits, les selles n'offrirent que peu ou point de changements dans la suite. — La rougeur et la sécheresse de la *langue* furent remplacées par l'humidité et la couleur presque naturelle de la muqueuse qui la recouvre, dans trois cas, le lendemain du jour où les toniques furent prescrits : mais des changements analogues ayant eu lieu chez des sujets qui n'en prirent pas, on ne saurait les leur attribuer, du moins avec quelque vraisemblance.

Il convient encore de remarquer que le pouls n'était pas le même chez tous les malades, au moment où ils

prirent les toniques; que petit et faible chez les uns, il était assez large et un peu redoublé chez les autres (obs. 16, 29, 35, 36, 46), sans que ces différences en aient apporté dans les effets appréciables, immédiats ou éloignés, des toniques : de manière que dans un cas où ces caractères du pouls avaient lieu, les toniques furent donnés depuis le treizième jour de l'affection jusqu'au terme fatal, qui eut lieu au commencement de la septième semaine (obs. 16).

Qu'on n'imagine pas, toutefois, que je fasse ces remarques pour insinuer qu'il importe peu, dans l'administration des toniques, d'avoir égard au caractère du pouls : je montrerai bientôt le contraire, et je m'empresse de remarquer que si le pouls était assez large dans quelques-uns des cas dont il s'agit, sa vitesse était généralement médiocre, en sorte que les malades se trouvaient dans une des conditions les plus favorables à l'action des toniques.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Les toniques furent prescrits à dix-huit sujets, sur cinquante-sept dont l'affection fut *grave*. La durée moyenne de la maladie fut de trente-quatre jours chez eux, de trente-quatre et demi chez ceux qui ne prirent pas de toniques; différence qu'on peut négliger sans erreur sensible : de manière qu'il semblerait résulter de ce premier aperçu, que les toniques n'ont pas eu d'effet appréciable sur la durée moyenne de l'affection.

Mais sept des individus dont il s'agit prirent les toniques, ou trop peu de temps, ou trop tard (du vingt-cinquième au trentième jour de la maladie), pour qu'on puisse les compter parmi ceux dont la durée de l'affection doit concourir à former la durée moyenne; il faut donc les en retrancher, et, alors, cette durée est de trente-un jours et demi, ou

moindre, de soixante-douze heures, que dans les cas où l'on s'en est tenu aux délayants ; différence peu considérable, mais qui mérite d'être remarquée, les cas dans lesquels les toniques ont été administrés étant les plus graves, généralement.

Des onze sujets restants, huit furent saignés à des époques variables de la maladie, trois ne le furent pas ; et la durée moyenne de l'affection ne fut, chez ceux-ci, que de trente jours, encore qu'elle n'ait pas été moins grave que dans plusieurs cas où les émissions sanguines avaient été prescrites.

Relativement aux effets *immédiats* des toniques, voici ce qui eut lieu chez les sujets auxquels ils furent ordonnés, avant ou après le vingtième jour de l'affection.

Les premiers étaient au nombre de trois. L'un prit des toniques du quinzième au vingt-septième jour de la maladie; l'autre, du douzième au seizième ; le troisième, du quatorzième au quarante-huitième, non d'une manière continue néanmoins.—Chez le premier, la somnolence était médiocre, la chaleur assez forte, le pouls à quatre-vingt-dix, l'épigastre indolent, la langue un peu rouge, quand fut commencé l'emploi des toniques ; et, le lendemain, la somnolence, l'état de l'épigastre et de la langue étaient les mêmes, la chaleur un peu diminuée, le pouls un peu plus accéléré : accélération qui fut momentanée, en sorte que le pouls était calme le vingt-cinquième jour. — Il tomba de cent à quatre-vingt-dix pulsations par minute, chez le deuxième sujet, le lendemain de l'administration des toniques, et cette marche rétrograde ayant continué, il était fort lent du vingt-cinquième au trentième jour de la maladie. — Chez le troisième sujet, la langue devint graduellement moins encroûtée ; le

pouls conserva son calme plusieurs jours de suite (soixante-douze pulsations), la chaleur et la stupeur augmentèrent.—Si les toniques ont paru imprimer une direction favorable à la maladie dans les deux premiers cas, on dirait qu'ils ont produit, à certains égards, un effet opposé, dans le troisième : ce qu'il est impossible d'affirmer néanmoins, vu que la chaleur et l'assoupissement augmentent assez fréquemment, à l'époque de l'affection à laquelle les toniques ont été donnés, chez des sujets qui ne prennent pas de médicaments actifs. Le nombre des selles et le volume du ventre augmentèrent aussi, momentanément, le jour où furent administrés les toniques, dans ce cas : ils furent stationnaires dans les autres.

Les malades auxquels les toniques furent donnés, du vingtième au trentième jour de l'affection, les prirent pendant un espace de temps généralement moindre que ceux dont il vient d'être question. L'un d'eux fut mis, pendant cinq jours, aux toniques faibles (infusion froide de quinquina), prit ensuite, du vingt-huitième au trentième jour de la maladie, des toniques forts, et, à part le nombre des selles qui resta le même, tous les autres symptômes furent un peu exaspérés le lendemain et le surlendemain du jour où ils furent prescrits. Il en fut à peu près de même dans un autre cas, où l'on passa des toniques faibles aux toniques forts ; les symptômes étaient graves, et le pouls, qui était presque calme au moment où les toniques forts furent prescrits, devint plus accéléré ensuite. Les toniques forts parurent être d'une grande utilité dans les autres cas ; et pour que le lecteur puisse en juger, je vais mettre sous ses yeux, le plus brièvement possible, quatre des faits les plus importants dont il s'agit.

LVIe OBSERVATION.

Une femme, âgée de vingt-trois ans, à Paris depuis treize mois, nourrice depuis six, d'un tempérament lymphatique et sanguin, d'une constitution forte, d'un embonpoint médiocre, fut admise à l'hôpital de la Charité le 28 janvier 1822, alors malade depuis huit jours, sans avoir gardé le lit. Au début, peu après s'être levée, frissons, céphalalgie, douleurs dans les membres, éblouissements, bourdonnements d'oreilles; bientôt surdité légère, soif, anorexie. Ces symptômes continuèrent, les frissons ne cessaient pas, même auprès du feu, les éblouissements occasionnèrent plusieurs fois la chute de la malade, les selles furent rares; il y eut un sentiment de malaise et de pesanteur non interrompu dans l'abdomen : d'ailleurs, ni nausées, ni vomissements ; sueurs copieuses, pendant la nuit, du septième au huitième jour.

Le 19 : figure un peu plus rouge que dans l'état naturel, yeux indolents, comme les autres jours, quelques bourdonnements d'oreille, surdité légère, pesanteur générale, malaise universel, sans stupeur; mouvements un peu difficiles, mémoire intacte ; langue aride et blanchâtre, anorexie, soif vive, déglutition facile, ventre légèrement douloureux et tendu, constipation, urine rouge et brûlante; chaleur sèche et forte, pouls accéléré, un peu confus; toux augmentée depuis quelques jours (léger catarrhe pulmonaire depuis trois mois) : amaigrissement peu considérable. (*Saignée*, 250 grammes; *petit-lait nitré*; *orge acid. édul.*; *pot. gom.*; *deux bouill.*)

Il y eut du délire pendant la nuit. Le 20, au matin, peu après la visite, il continuait; la malade niait avoir à l'anus des sangsues qu'on venait d'y appliquer, assurait n'éprou-

ver de douleurs nulle part. L'affaissement était beaucoup plus marqué que la veille, le visage plus rouge et violacé, l'oreille plus dure, le pouls enfoncé, fréquent et petit. Le sang tiré la veille n'offrait ni retrait ni couenne. (*Quinze sangs. à l'anus*; *petit-lait édulc. acid.*; *pot. gom.*; *lavem. émoll.*; *foment. sur le ventre.*)

La perte de sang fut assez considérable, et le délire persista. Le 21, la malade niait encore avoir eu des sangsues, sa figure était d'un rouge vif, un peu étonnée, l'oreille plus dure, le météorisme peu considérable, la langue rouge et humide, la soif intense, et, pour la première fois, on observait des taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen.

Depuis lors jusqu'au 2 février, vingt-troisième jour de l'affection, époque où les toniques furent prescrits, voici ce qui eut lieu. Le délire persista pendant cinq jours, avec le même caractère, uni à un peu de somnolence et de stupeur; après quoi la malade jouit, bien qu'à un faible degré, de l'usage des facultés intellectuelles. Il y eut quelques soubresauts dans les tendons, du 26 au 27, et la surdité alla croissant jusqu'au 29, au point d'être complète, ce même jour, après lequel son degré fut très variable. La langue fut sèche, souvent noirâtre, jusqu'au 2 février; la soif presque nulle, les selles liquides, fréquentes et involontaires. Le météorisme augmenta successivement, puis fut stationnaire, et commença à diminuer, le 30.—Le pouls fut toujours très accéléré (cent seize, cent vingt, cent dix), la chaleur forte, et les taches roses, lenticulaires, qui s'étaient étendues à la poitrine en devenant chaque jour plus nombreuses, n'étaient pas entièrement effacées, le 30.—Les vésicatoires appliqués aux jambes, le 22, avaient un mauvais aspect le 27, furent pansés, dès lors, avec la poudre de quinquina, et

avaient une apparence beaucoup meilleure, le 28.— La toux fut médiocre ; il y eut un râle sonore, universel.

Le 2 février : langue un peu sèche, diarrhée peu considérable, selles toujours fétides, météorisme, pouls médiocrement accéléré ; la malade prend peu de part à ce qui se passe autour d'elle, demande néanmoins si elle a la fièvre; sa figure est altérée, son oreille un peu moins dure que la veille, sa peau sèche. (*Orge édulc.*, *acid. av. acid. mur.*, 10 *gouttes*; *pot. gom. av. extrait de kk.* 4 *grammes*, *et sirop de k.*, 30 *grammes.*)

La faiblesse fut moins considérable le lendemain ; le 4, la langue était nette, humide et un peu rouge au pourtour, les selles comme la veille, le ventre toujours un peu météorisé, l'accélération du pouls stationnaire, la peau couverte de *sudamina*, le bruit respiratoire sans râle, la figure riante ; pour la première fois, la malade se plaignait de douleurs dans les jambes et accusait de l'appétit. (*Pot. gom. av. ext. de kk.* 6 *grammes*, *et sir. de kk.* 30 *grammes.*)

Dès ce moment l'amélioration fut progressive et non interrompue, les selles quotidiennes, le pouls encore un peu accéléré pendant un certain temps; les digestions furent toujours faciles et régulières, et le demi-quart de portion fut accordé, le 7. La desquamation de l'épiderme était universelle, le 14 ; et, du quarantième au cinquantième jour de l'affection, il y eut des sueurs copieuses qui résistèrent à l'infusion de quinquina et à celle de menthe, unie à quelques gouttes d'éther. Elles n'avaient pas encore entièrement cessé le cinquante-septième jour, quand la malade quitta l'hôpital, parfaitement bien portante, d'ailleurs.

Sans m'arrêter aux symptômes, dont le caractère ne saurait laisser de doute sur celui de l'affection, je remarquerai

qu'à l'époque où les toniques furent administrés, les accidents avaient déjà beaucoup perdu de leur intensité ; qu'il n'est pas possible, par cette raison, de supposer que sans les toniques l'issue de l'affection eût été funeste ; qu'on doit seulement présumer, à raison de la grande faiblesse qui existait alors, que, sans leur secours, la convalescence eût été plus tardive et plus lente, et que c'est en l'abrégeant qu'ils ont été utiles. Je n'affirme pas qu'il en ait été réellement ainsi, une amélioration rapide ayant quelquefois lieu dans l'affection typhoïde, sans avoir été précédée de l'emploi des toniques; mais la chose doit paraître extrêmement vraisemblable. — Quant aux vésicatoires, dont l'aspect changea aussitôt l'application de la poudre de quinquina, la cause de cette amélioration ne saurait être douteuse.

Passons à un autre fait beaucoup plus concluant.

LVIIe OBSERVATION.

Un garçon marchand de vin, âgé de dix-sept ans, large, bien développé, d'une constitution forte, depuis deux ans à Paris où il avait toujours été bien portant, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 17 septembre 1823, alors malade depuis huit jours. L'affection avait débuté par des maux de tête, une chaleur assez vive, la soif, l'anorexie : ces symptômes avaient persisté; dans les quatre derniers jours, la céphalalgie avait diminué, la diarrhée avait succédé à la constipation ; des frissons avaient eu lieu le cinquième, et des sueurs les deux dernières nuits.— Des sangsues avaient été appliquées à l'anus, la veille de l'entrée du malade à l'hôpital ; il avait bu, chaque jour, un peu de vin pur ou mêlé d'eau, sans en être incommodé. Aucun autre agent thérapeutique n'avait été employé.

Le 17, peu après une saignée ordonnée au moment de la visite : figure violacée, somnolence, usage de l'intelligence difficile ; quelquefois le malade semble oublier de répondre, et cependant sa mémoire paraît sûre ; sa faiblesse est médiocre, il est venu seul, à pied, à l'hôpital, sans avoir d'éblouissements ; sa langue est sèche au centre, un peu rouge au pourtour, un peu épaissie et profondément sillonnée au centre, suivant sa longueur ; la déglutition est facile, le ventre bien conformé, indolent ; le pouls à quatre-vingts, la chaleur franche, élevée ; la respiration médiocrement accélérée, le bruit respiratoire naturel : deux selles liquides dans la journée. (*Saignée de* 250 *grammes ; petit-lait ; limon.*)

Le lendemain, le pouls est un peu moins large et moins plein, l'épigastre et les régions iliaques sont sensibles à la pression ; le reste comme la veille. (*Saignée de* 250 *grammes.*)

Il y eut, dans la journée, une légère épistaxis, et, pendant la nuit, un sommeil pénible. Le 19, la faiblesse était considérable, les réponses brèves, mais justes, le pouls à soixante-seize, la chaleur moyenne ; le malade semblait recueilli en lui-même ; le sang de la saignée n'offrait ni couenne, ni retrait.

Dès-lors, jusqu'au 9 octobre, voici ce qui eut lieu : la soif fut légère, la langue nette, humide ou collante jusqu'au 7, un peu rouge au pourtour et sèche au centre, les jours suivants ; le ventre bien conformé, indolent, si ce n'est le 8 octobre ; les selles furent quotidiennes jusqu'au 29 septembre, au nombre de deux par jour, ensuite. — Ordinairement peu accéléré, le pouls était à quatre-vingt-seize, le 8 octobre ; la chaleur fut médiocre, si ce n'est du 5 au 8 ; les sueurs furent rares et légères, et je n'observai de taches roses, lenticulaires, dans aucun temps. — Il n'y eut pas de délire,

les réponses étaient lentes, mais justes; l'épistaxis se renouvela plusieurs fois. — On s'en tint aux adoucissants, et le malade ayant témoigné un peu d'appétit, le 30 septembre, mangea une demi-crème de riz, ce jour-là.

Le 9 octobre : langue rouge au pourtour et sèche au centre, comme la veille; soif médiocre, selles un peu plus fréquentes qu'à l'ordinaire, ventre météorisé; pouls médiocrement large, à quatre-vingt-six; respiration peu accélérée, à vingt-deux. Pour la première fois, le malade avait eu du délire pendant la nuit, et s'était promené dans les salles. Il ne répondait que par monosyllabes, semblait anéanti, ou plutôt, il avait l'attitude d'un homme épuisé de fatigue, qui veut se livrer au sommeil. (*Vésic. aux j.; infus. de kk. édulc.; pot. av. vin kk.; eau de menthe aa* 60 *grammes et sirop de k.* 30 *grammes; foment. arom.; lav. de kk. camph.*)

Le délire et l'assoupissement persistèrent, le malade se leva encore pendant la nuit et eut des selles involontaires. Le 10, même assoupissement, langue rouge et humide, pouls plus faible que la veille, respiration à treize. (*Même prescription.*)

Cette prescription fut continuée les sept jours suivants, pendant lesquels eurent lieu les changements qui vont être indiqués. La langue n'était plus rouge, le 11, et elle fut toujours humide; le météorisme persista jusqu'au 13; les selles furent moins fréquentes, le pouls devint successivement moins faible et moins accéléré; le délire cessa, la figure fut moins pâle, et elle était parfaitement naturelle, le 17, la veille du jour où l'on cessa les toniques forts. — Le 22 on accorda au malade le demi-quart de portion, et il était à la demie, le 28. Mais il ne quitta l'hôpital qu'à la fin du mois suivant, ayant fait, le 20 octobre, un excès qui retarda sa convalescence.

Il n'y eut pas de sueurs nocturnes, et les vésicatoires se séchèrent difficilement.

Si cette observation est remarquable par l'amélioration qui suivit l'administration des toniques, elle ne l'est pas moins par l'apparente bénignité de la maladie, la lenteur de sa marche, son état stationnaire, et même son apparence rétrograde à l'époque où le sujet eut un peu d'appétit; et surtout par l'apparition de nouveaux accidents, le délire, la somnolence, le météorisme, l'augmentation de la diarrhée, une faiblesse extrême, la veille du jour où les toniques furent administrés. Ces symptômes avaient sensiblement diminué le surlendemain de cette prescription ; ils se dissipèrent promptement, et l'on peut croire, à raison de l'énergie du traitement, que s'il n'eût pas été parfaitement indiqué, il eût exaspéré tous les accidents et retardé la convalescence du sujet. Il serait d'autant plus difficile de mettre en doute l'efficacité des toniques dans cette circonstance, que les symptômes, loin de s'améliorer au moment où ils furent prescrits, comme dans l'observation précédente, prenaient, ainsi que je viens de le dire, plus d'intensité; que des accidents nouveaux très graves s'étaient joints aux premiers que la maladie affectait une tendance funeste. Assurer que la mort en eût été la suite, si des toniques n'eussent été administrés, serait aller trop loin; mais il ne serait pas plus conforme à la raison, ce me semble, de nier leur efficacité. La limite de cette efficacité est incertaine, mais elle ne me paraît pas douteuse.

Remarquons d'ailleurs combien l'indication était précise, combien l'état du malade semblait réclamer l'emploi des toniques, au moment où ils furent prescrits. La faiblesse était extrême, le sujet, comme anéanti et semblable à un

homme excédé de fatigue, l'accélération du pouls médiocre, la respiration calme ; le délire ne contre-indiquait pas les toniques, puisqu'on le rencontre aussi bien dans l'affaissement que dans l'excitation des forces. Il faudrait donc, dans des circonstances analogues, imiter la conduite qu'on a tenue ici, comme il faudrait s'en abstenir dans des circonstances très différentes, ou opposées.

Je ne m'arrêterai aux vésicatoires, ordonnés en même temps que les toniques, que pour observer que cette complication de moyens ne saurait faire naître de doutes sur celui d'entre eux auquel il convient d'attribuer l'amélioration survenue dans l'état du malade ; les vésicatoires appliqués seuls, dans l'affection typhoïde, n'ayant jamais été suivis d'un semblable effet.

LVIIIe OBSERVATION.

Un garçon boulanger, âgé de vingt-deux ans, taille moyenne, épaules larges, constitution forte, tempérament lymphatique et nerveux, était malade depuis six jours, quand il vint à l'hôpital de la Charité, le 16 août 1822. Sobre, à Paris depuis deux ans et demi, sans y avoir été malade, il y avait conservé, sauf les heures de travail, les habitudes qu'il avait à Lyon où il exerçait le même état auparavant. Sa maladie avait débuté par un léger frisson, des maux de tête, des douleurs contusives dans les membres, dans les reins, à l'épigastre et dans quelques parties de l'abdomen, la soif, l'anorexie ; les maux de tête avaient pris successivement plus d'intensité, les frissons étaient revenus, au moins une fois le jour, à des heures irrégulières ; l'anorexie, la soif, les douleurs de ventre avaient continué ; le malade avait essayé, mais inutilement, de reprendre ses

travaux, quatre jours après le début ; le sommeil avait été calme, la faiblesse médiocre, l'assoupissement peu fréquent, les selles à peu près régulières.

Le 17 : calme, céphalalgie, douleurs dans les lombes, faiblesse médiocre, sommeil paisible pendant la nuit ; langue un peu rouge au pourtour, blanchâtre en arrière ; soif médiocre, anorexie, ventre souple, parfois douloureux dans divers points de son étendue, constipation ; pouls un peu irrégulier, assez plein, à soixante ; chaleur douce, moiteur universelle ; respiration peu accélérée, à dix-huit, quelquefois inégale. Le malade ne se plaint que d'un goût très fétide dans la bouche. (*Orge éd.; lav. ém.; trois demi-crèmes de riz.*)

Le lendemain, le malade se plaignait d'avoir eu des réveils en sursaut ; sa faiblesse était augmentée, la tendance au sommeil était considérable (*Id.*).

Il y eut quatre selles dans la journée du 18, une le lendemain, et on ordonna, le 20, un minoratif composé de manne et de rhubarbe.

Ce minoratif fut suivi de coliques et de sept évacuations alvines, dont les premières étaient composées, en partie, de matières dures. Le 21, la langue était d'un blanc jaunâtre, le mauvais goût de la bouche toujours le même, le ventre mou, indolent, le pouls irrégulier, à cinquante trois, assez large, comme avant le minoratif ; la faiblesse médiocre, la couleur de la peau naturelle.

Du 22 au 24 : langue blanchâtre, soif médiocre, douleurs de ventre par intervalles, selles pultacées, au nombre de trois à quatre, dans la journée ; pouls assez large, redoublé, à soixante-sept ; toux extrêmement rare, rêves peu fréquents, expression d'abattement et d'ennui. (*Orge éd.; deux tasses de camom.*)

Du 24 au 30, la langue, d'abord rouge et humide, fut plus ou moins dure, et offrait un sillon longitudinal à son centre; la soif fut ordinairement vive, les selles devinrent progressivement plus fréquentes jusqu'au 27, qu'il y en eut vingt dans la journée ; après quoi elles furent réduites à sept ou à huit. Le ventre fut météorisé, le 26, et presque toujours indolent;—le pouls passa de soixante-neuf à quatre-vingts, ordinairement un peu redoublé, plutôt large qu'étroit; la chaleur fut presque toujours médiocre, douce, sans sueur; et, du 26 au 28, j'observai quelques taches roses, lenticulaires, et des *sudamina* sur l'abdomen. — L'assoupissement fit des progrès rapides, et ne fut interrompu, du 28 au 29, que par un peu de délire. L'abattement suivit la même marche, et il y eut, pour la première fois, un peu de surdité, le 29.— On ordonna, le même jour, des vésicatoires aux jambes.

Le 30, au moment de la visite : langue sèche et humide dans différents points, ventre plat ou même rentré, indolent; pouls un peu redoublé, à soixante-dix-huit, chaleur médiocre, taches lenticulaires comme la veille; respiration peu accélérée, bruit respiratoire faible et sans râle ; assoupissement continuel, teint plombé, stupeur, attitude abandonnée, oreille un peu moins dure que le 29. (*Orge éd. acid. avec acide mur.; infus. fr. de k.; pot. gomm. avec sir. de kk.* 30 *grammes et sulf. de k.* 1 *gramme* ; *fom. arom.)*

Le lendemain 31, vingt-unième jour de l'affection : langue humide, rouge au pourtour, jaune et villeuse au centre; soif peu considérable, selles moins nombreuses que la veille, ventre toujours rentré et parfois douloureux ; pouls un peu enfoncé, petit, à soixante-quinze ; nul délire ; le malade craignait la mort, et sa figure était encore plus altérée que la veille. *(Id.)*

Mais dès le 1er septembre, après deux jours de l'usage des

toniques, l'amélioration fut extrêmement sensible, la figure calme, riante, un peu fatiguée seulement ; les forces revinrent rapidement, et le malade se promenait, le 10, dans le jardin de l'hôpital. La langue fut un peu sèche et brunâtre, les 2 et 3 ; les selles furent quotidiennes, le ventre indolent et bien conformé ; le pouls resta, pendant quatre jours, à soixante-douze, et il était à cinquante-cinq le 9. Il y eut des sueurs nocturnes du 2 au 11, et la chaleur fut rarement élevée.

Le malade fit usage des toniques forts pendant trois jours, après lesquels on se borna à l'infusion froide de quinquina. Il mangeait le demi-quart de portion, le septième jour du traitement tonique, et il quitta l'hôpital, le trente-cinquième de la maladie, très bien portant, ayant eu, par conséquent une convalescence très rapide.

Sous le double rapport du caractère des symptômes et de leur prompte disparition à la suite des toniques, cette observation n'est pas moins remarquable que la précédente. L'affection débute d'une manière tranchée, des douleurs de ventre indiquent son siége dans l'abdomen, les évacuations alvines restent à peu près régulières pendant les huit premiers jours, le pouls est calme au dixième, et on administre un minoratif qui ne produit pas d'effet favorable, et indique, dès lors, que l'affection n'est pas un embarras gastrique. Cependant les symptômes n'offrent encore rien de très remarquable pendant quelques jours, ils se dessinent enfin avec énergie ; au vingtième jour de la maladie, quand on ordonne des toniques forts, ces symptômes sont dans toute leur vigueur ; la somnolence et l'abattement sont considérables, le teint est livide, le pouls médiocrement accéléré, l'attitude abandonnée, l'oreille un peu dure, etc. Le lendemain, si le

pouls paraît un peu plus étroit, il est déjà moins fréquent que la veille, l'intelligence est plus libre, et, le jour suivant, l'amélioration est générale, très marquée, le malade semble renaître, ses forces reviennent rapidement, et, au septième jour de l'usage des toniques; il mange le demi-quart de portion. Certes il est impossible de ne pas voir, dans cette amélioration, l'effet des toniques, moins encore parce qu'elle est survenue immédiatement après leur usage, pour ainsi dire, que parce que, jusqu'au moment où ils furent ordonnés, les symptômes avaient toujours été croissant.

D'ailleurs, l'indication n'était ni moins précise, ni moins évidente que dans la précédente observation ; la faiblesse était le symptôme capital, le pouls peu accéléré, la respiration presque calme : aucun moyen capable de contre-balancer ou d'amoindrir l'effet des toniques ne fut employé; nouvelle raison de croire que les vésicatoires ne pouvaient revendiquer aucune part de l'amélioration qui suivit leur usage, chez le sujet de la dernière observation.

Je n'ajouterai plus qu'un mot, relativement à la marche de la maladie et à l'obscurité de son caractère dans les premiers quinze jours, pour montrer qu'il n'était pas impossible d'en reconnaître, ou du moins d'en soupçonner fortement la nature, au moment où le malade fut admis à l'hôpital. Alors, en effet, les évacuations alvines étaient à peu près régulières, il n'y avait point eu de sueurs copieuses, capables d'expliquer la faiblesse; on ne pouvait s'en rendre compte, ni par des symptômes gastriques, ni par la violence de la fièvre, qui n'existaient pas; ce n'était donc ni une gastrite, ni un embarras gastrique, ni un embarras intestinal; ce n'était pas non plus une courbature; rien n'y ressemblait moins. Et si l'on n'oublie pas qu'il y avait un peu de somnolence, d'irrégularité dans le pouls; que le malade était dans les circon-

stances favorables au développement de l'affection typhoïde, on conviendra que tous les soupçons devaient s'arrêter sur cette maladie. Sans doute le pouls était calme, dix jours après son début ; mais déjà le dévoiement avait commencé, et l'on ne pouvait expliquer la faiblesse que par l'altération spéciale des plaques elliptiques de l'intestin grêle, ou par la cause à laquelle il faut, en définitive, en rapporter le développement.

LIXe OBSERVATION.

Un tourneur, âgé de dix-sept ans et demi, d'une constitution peu forte, habitant Paris depuis dix mois, était malade depuis quinze jours, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 18 novembre 1826. Dans les huit premiers jours : faiblesse, étourdissements, diminution de forces, soif, appétit un peu moindre que de coutume, et, au quatrième, coliques, diarrhée légère. Dans les jours suivants : frissons quotidiens au moment où le malade se mettait au lit, tendance au sommeil, bourdonnements d'oreilles, anorexie, soif vive, continuation de la diarrhée. — Pour toute nourriture, quelques bouillons et quelques fruits.

Le 19 : physionomie assez naturelle, sauf une teinte violacée des lèvres ; somnolence légère, céphalalgie, faiblesse médiocre, réponses justes, quelques bourdonnements d'oreilles, douleurs dans les membres et dans les lombes ; soif vive, anorexie, langue blanchâtre au centre, naturelle au pourtour ; pharynx rouge et bien humide, indolent ; déglutition facile, abdomen bien conformé, douleur à l'épigastre et dans les fosses iliaques, augmentant par la pression ; hypochondre gauche souple, sans rénitence ; chaleur médiocre, pouls à soixante-dix-huit, sans caractère particulier : taches

roses, lenticulaires, nulles; râle sonore du côté droit de la poitrine, en arrière, sans toux. Le malade se plaint d'étourdissements et de douleurs dans les membres, rarement de l'abdomen. *(Riz éd.* bis; *lav. lin; fom. ém.; diète.)*

Depuis lors jusqu'au 26, la langue fut presque toujours dans l'état naturel, la soif augmenta; il y eut, par intervalles, de la douleur à la gorge; la déglutition fut quelquefois gênée; les selles, au nombre de trois à quatre en vingt-quatre heures, furent de temps à autre involontaires, ce dont le malade se plaignait lui-même; le ventre ne cessa d'être bien conformé, fut indolent à compter du 23. — Le pouls varia de soixante-dix à soixante-dix-huit et à soixante-quatre, et j'observai des taches roses, lenticulaires, le 24. — La respiration, qui était quelquefois suspirieuse, devint graduellement un peu plus accélérée, et elle se répétait vingt-huit fois par minute, au milieu du sommeil, le 24. — Il y eut un peu de loquacité dans la nuit du 19 au 20, et dans la suivante. Le malade se plaignait du mauvais état de sa santé le 25, et, par intervalles, il appréhendait la mort; sa figure était pâle, portait l'empreinte d'un affaissement profond, et la surdité fut extrême du 23 au 24. — Les mêmes boissons furent continuées, et l'on donna un peu de bouillon, dans les derniers jours.

Le 26 : figure d'une pâleur extrême, éteinte, en quelque sorte; apparence extérieure de la faiblesse la plus excessive; le malade peut à peine avancer son bras sur le bord du lit; la surdité est complète, on ne peut s'en faire entendre; sa langue est naturelle, son ventre indolent, son pouls calme, la chaleur douce, presque dans l'état normal. Il y avait eu, la veille, trois selles involontaires. *(Infus. de kk. édulc.; pot. gomm. av. ext. de kk., et sir. de kk., de chaque 30 grammes; fom. arom.; lav. de kk. camphré* bis).

Le lendemain 27, la figure était déjà meilleure, moins éteinte, les lèvres vermeilles, la parole un peu plus libre, le pouls à soixante-douze pulsations au lieu de soixante-quatre qu'il offrait la veille ; les selles en même nombre que le 26.

On continua la même potion, en augmentant la dose d'extrait de quinquina, qui fut ainsi portée à 8 grammes, le 29, réduite à 4 le surlendemain, et abandonnée, deux jours après, avec les fomentations et les lavements. L'amélioration fit des progrès rapides, la figure était excellente, le 29, et vraiment radieuse les jours suivants. Le malade se soutenait aisément sur ses coudes, le 30, ce qu'il n'avait fait depuis bien longtemps; son appétit était très vif; mais à raison de la durée de son extrême faiblesse, on mit beaucoup de circonspection dans la prescription des aliments qui lui furent accordés, de manière qu'il n'était encore qu'au demi-quart de portion, le 5 novembre.

Les vésicatoires, ordonnés quatre jours avant l'administration des toniques, amenèrent promptement l'ulcération de la peau sur laquelle ils avaient été appliqués, et ils n'étaient pas entièrement cicatrisés le 7 décembre; ce qui prolongea de beaucoup le séjour du malade à l'hôpital. — Il n'y eut pas de sueurs dans la convalescence.

Ici, comme dans les deux observations précédentes, les symptômes caractéristiques de l'affection se dessinèrent avec lenteur, les accidents furent très légers pendant un assez grand nombre de jours, et ils avaient atteint le plus haut degré de leur développement, à l'époque où les toniques furent administrés. Alors, en effet, la pâleur du malade était si grande, sa faiblesse si extrême, qu'il ressemblait plutôt à un cadavre qu'à un être vivant. Ces symptômes, qui avaient fait de continuels progrès jusque-là, étaient déjà moindres.

le lendemain de la première prise des toniques, et l'amélioration fut si rapide, que l'influence du traitement est encore plus incontestable ici que chez le sujet de la dernière observation.

Ce fait et les trois précédents me paraissent d'un grand intérêt ; non pas seulement parce qu'ils prouvent d'une manière incontestable l'utilité des toniques, mais surtout parce qu'ils indiquent avec précision les circonstances les plus favorables à leur action. Celle-ci fut, en effet, moins évidente ou moins rapide, dans le premier cas que dans le second, dans celui-ci que dans le troisième, dans le troisième que dans le dernier ; la faiblesse, qui était considérable chez tous les malades, allait croissant du premier au second, du second au troisième, du troisième au quatrième ; tandis que l'accélération du pouls et les autres symptômes, le degré de la diarrhée et du météorisme observaient un ordre opposé, le pouls étant plus accéléré chez le premier sujet que chez les autres, que chez le quatrième surtout, qui l'avait calme, le jour où les toniques furent commencés, etc., etc. *Les circonstances les plus favorables à l'action des toniques sont donc, comme je l'ai déjà indiqué, un pouls calme, puis de moins en moins accéléré, une diarrhée légère, l'absence du météorisme.* Quand ces conditions existent, la faiblesse semble d'autant plus facile à surmonter qu'elle est plus considérable.

Ces conditions se rencontrent rarement ; les faits que je viens d'analyser l'indiquent ; et ceux que j'ai recueillis depuis la première édition de cet ouvrage en sont une preuve nouvelle. Depuis lors, en effet, je n'ai pas rencontré plus de sept sujets pour lesquels les toniques forts fussent manifestement indiqués ; encore, la prostration, la faiblesse du pouls, etc., etc., n'étaient-ils pas aussi prononcés, chez eux, que chez le malade qui fait l'objet de la dernière observation.

Mais ces cas, dans lesquels les toniques furent donnés avec un plein succès, montrent aussi, pour leur part, combien il importe quelquefois d'y recourir ; et les exemples de cette médication, exposés dans les Leçons cliniques de M. Chomel, prouvent que la pneumonie, survenant dans des cas d'ailleurs semblables à ceux que je viens d'exposer, n'est pas un obstacle à l'administration et au succès des toniques.

Les mêmes agents, employés de la même manière, ne seraient pas moins utiles, sans doute, dans le cours d'une épidémie, dans des circonstances analogues ; au moins cela paraît-il résulter des travaux des médecins qui ont eu occasion d'observer, dans ces derniers temps, la fièvre typhoïde sous forme épidémique.

Ici, d'ailleurs, comme au sujet de la saignée, il est naturel de se demander si les toniques ont fait plus qu'abréger la durée de la maladie, s'ils ont arraché à la mort quelques-uns des sujets dont je viens d'exposer l'histoire. Si l'affirmative n'est pas hors de doute, elle me paraît fort probable ; vu la marche ascendante de l'affection, chez trois des individus dont il s'agit, jusqu'au moment où les toniques furent administrés, la promptitude avec laquelle les accidents se dissipèrent après leur administration, le danger de toutes les maladies aiguës chez les gens faibles, les rapides ulcérations de la plaie des vésicatoires dans un cas (obs. 58) : ces ulcérations dont la marche est généralement semblable à celle de l'altération des plaques elliptiques de Peyer. Ici les conjectures sont permises, elles sont même un devoir, jusqu'à un certain point, puisque, n'étant pas destinées à affirmer, elles ne peuvent nuire, et qu'elles peuvent être utiles, en engageant à de nouvelles recherches sur un sujet si important et qui réclame tant de matériaux pour être approfondi.

Les toniques faibles furent exclusivement administrés à quelques sujets, du vingtième au trentième jour de l'affection, sans aucun effet appréciable sur la marche de celle-ci; les légers changements survenus pendant leur usage pouvant très bien être du nombre de ceux qui ont lieu spontanément, ou quand le cours de la maladie n'a été influencé par aucun médicament actif. Ces toniques faibles, qui consistaient dans une infusion froide de quinquina et dans des lavements d'une décoction de la même écorce, ne produisirent d'augmentation de chaleur dans aucun cas, ni le moindre de ces accidents qu'on redoutait si fort, il n'y a que quelques jours pour ainsi dire, dès qu'on sortait de la classe des délayants ou de l'eau sucrée.

CHAPITRE V.

DES VESICATOIRES.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Le plus grand nombre des malades eut des vésicatoires aux membres inférieurs; on s'en abstint chez plusieurs, à raison de l'absence ou du peu de développement des symptômes cérébraux; et, en retranchant des premiers ceux qui étaient à toute extrémité quand on leur appliqua des épispastiques, on trouve que la durée moyenne de la maladie a été la même chez les uns et chez les autres, ou de vingt-six jours.

Quant aux effets immédiats, je les ai recherchés dans la moitié des cas où les vésicatoires furent appliqués, et voici ce qui eut lieu.

La chaleur générale diminua momentanément, le lendemain de cette application, dans la quatrième partie des cas : elle me parut augmentée, au contraire, chez un pareil nombre de sujets, n'offrit pas de changement appréciable chez les autres. Mais comme les variations de chaleur ne sont pas rares chez les malades auxquels un traitement actif n'a pas été ordonné, ou durant l'application d'un même agent thérapeutique, il est douteux que les variations momentanées de température aient été l'effet des vésicatoires. D'ailleurs, appliqués à une époque où la lésion spécifique de l'intestin grêle n'est jamais ou presque jamais seule, comment les vésicatoires auraient-ils des effets immédiats appréciables? Qu'est la légère inflammation qu'ils déterminent, relativement à l'étendue de l'altération des organes plus ou moins profondément placés?

L'influence immédiate des vésicatoires sur l'état de la circulation, n'a pas été plus évidente dans les cas où je l'ai recherchée (vingt-sept). Le *pouls* était un peu moins accéléré, le lendemain que le jour de l'application des épispastiques, chez six sujets; un peu plus, au contraire, chez un même nombre de malades; il n'offrait aucune différence appréciable chez les autres, quelle que fût l'époque de leur application. — Les doutes élevés plus haut, relativement à l'influence des vésicatoires sur la chaleur, ont encore plus de force ici : le moyen, en effet, d'attribuer à une cause excitante le ralentissement du pouls, quand d'ailleurs les symptômes deviennent chaque jour plus fâcheux!

Les *fonctions cérébrales* n'offrirent pas de changement appréciable dans la grande majorité des cas, ou près des deux tiers, dix-neuf. Des dix autres, deux sont relatifs à des sujets dont le délire et l'agitation cessèrent le lendemain de l'application des vésicatoires; trois, à des individus chez

lesquels ces symptômes offrirent plus d'intensité ; et, dans les trois autres, la somnolence et l'affaissement firent de continuels progrès, comme on le remarque pour tant d'autres symptômes, quelque moyen qu'on leur oppose.

L'examen des *fonctions digestives* m'a conduit aux mêmes résultats ; en sorte que, de quelque manière qu'on examine l'action des vésicatoires, on ne peut leur trouver d'effet sensible, ni sur la durée de la maladie, ni sur la marche des symptômes.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Pour connaître l'influence des vésicatoires sur la marche de la maladie, j'ai d'abord comparé entre eux les sujets qui, ayant été saignés, n'avaient pas pris de toniques, puis ceux à qui on en avait ordonné.

Dans les cas où la saignée et des vésicatoires furent prescrits, la durée moyenne de l'affection fut de trente-cinq jours ; elle fut de trente seulement dans ceux où l'on se borna à la saignée. En sorte qu'au premier abord les épispastiques semblent avoir été très nuisibles : mais cette conclusion n'est pas rigoureuse, à beaucoup près, l'affection ayant été plus grave généralement, chez les premiers sujets que chez les seconds.

Chez ceux qui prirent des toniques (tous plus ou moins gravement malades), la différence fut analogue, mais beaucoup moindre, d'un jour seulement. De manière que si l'on pouvait tirer une conclusion générale d'un nombre de faits trop limité, ce serait que les vésicatoires sont nuisibles, en retardant la convalescence des malades ; ce qui serait d'ailleurs d'autant moins surprenant, que les altérations plus ou moins profondes de la peau qu'ils déterminent si

fréquemment, mises à part, les vésicatoires sont une maladie, bien que légère, ajoutée à une autre, presque toujours à plusieurs autres maladies, et qu'il serait difficile de concevoir comment ils pourraient en accélérer la terminaison.

Quant à leurs effets immédiats, voici ce qui eut lieu.

La *chaleur* fut observée avec soin, le jour et le lendemain de l'application des vésicatoires, dans vingt des trente-deux cas où cette application eut lieu ; et je ne l'ai trouvée un peu altérée que chez deux sujets : moindre que la veille chez l'un, augmentée chez l'autre.

Le *pouls* fut étudié de la même manière dans tous les cas : le nombre de ses pulsations était augmenté de dix chez deux sujets, de six chez un troisième, le lendemain de l'application des épispastiques; il fut stationnaire chez les autres, ou n'offrit que de ces légères différences (deux à trois pulsations), qu'on trouve à toutes les époques de l'affection chez la plupart des malades, quand on les observe d'un jour à l'autre, alors même qu'on se borne aux délayants, et qu'il faut négliger, parce qu'il n'est pas possible d'en connaître la valeur.

Le *délire* se dissipa le lendemain de l'application des vésicatoires, dans un cas où il existait depuis quatre jours à un médiocre degré : le délire, la somnolence et l'affaissement augmentèrent dans cinq autres. L'état des fonctions cérébrales fut stationnaire chez le reste des individus.

Des *vomissements* eurent lieu dans un cas, le lendemain de l'application des vésicatoires, et ils persistèrent pendant huit jours. Symptômes d'une gastrite, on ne pouvait assurément pas les attribuer à l'action des épispastiques.

Rien de plus remarquable relativement à la *diarrhée* et à l'état de la *langue*.

Les faibles changements observés dans la température et

dans les fonctions cérébrales, après l'application du vésicatoire, eurent lieu, dans une proportion supérieure, chez les sujets auxquels on n'en avait pas appliqué : d'où il semble naturel de conclure que ceux-ci n'ont point eu d'effet immédiat appréciable, chez les sujets qui ont guéri, et qu'ils retardent peut-être un peu la convalescence des malades.

Si tel est effectivement le résultat de l'expérience, les vésicatoires devraient être bannis du traitement de l'affection typhoïde, avec d'autant plus de raison que personne n'ignore leurs mauvais effets, les pertes de substance qu'ils occasionnent, et la lenteur avec laquelle leurs plaies guérissent, dans beaucoup de cas. Inutiles au rétablissement des fonctions cérébrales, ils concourent d'ailleurs, pour leur part, à maintenir ou à augmenter le mouvement fébrile et ses suites fâcheuses; leur effet, comme moyen dérivatif de plusieurs des inflammations qui se déclarent dans le cours de l'affection typhoïde, est plus que douteux, d'après ce que nous avons vu plus haut; l'inflammation un peu étendue d'un organe en amenant presque inévitablement une ou plusieurs autres à sa suite. En sorte que, sous quelque point de vue qu'on les envisage, on ne leur trouve ici que des inconvénients, sans aucun des avantages qui pourraient les contre-balancer. Toutefois, je sais plus que personne que la réforme dont il s'agit ne peut se faire qu'à l'aide du temps, quand un plus grand nombre de faits, rigoureusement analysés, aura mis hors de doute la véritable valeur des vésicatoires et de la théorie de la dérivation, considérée sous le rapport de l'inflammation; et c'est surtout dans l'espoir de provoquer l'attention sur ce point, que je m'y suis arrêté un instant.

Les toniques, appliqués à la surface des vésicatoires d'un mauvais aspect, ont changé rapidement leur couleur, amené

leur cicatrisation en assez peu de temps, et ils sont une preuve nouvelle des services qu'on doit attendre de l'usage des amers dans certaines inflammations intérieures, à une époque avancée de plusieurs d'entre elles, et, en particulier, dans l'affection typhoïde, dans les circonstances indiquées plus haut; puisqu'il y a assez généralement proportion entre l'état des vésicatoires et celui des plaques elliptiques de l'iléum, que celles-ci sont d'autant plus largement ulcérées que les vésicatoires ont un plus mauvais aspect, tendent davantage à l'ulcération.

On a vu, par ce qui a été dit précédemment de l'effet des émissions sanguines, chez les malades que j'ai traités à l'hôpital de la Pitié, depuis la première édition de cet ouvrage, qu'aucun d'eux n'eut de vésicatoires: ce qui n'a pas empêché le traitement employé d'avoir un assez grand succès.

Les vésicatoires sont généralement bannis aujourd'hui du traitement de l'affection typhoïde, et les praticiens ne leur reconnaissent plus guère que des inconvénients, assez souvent graves, quand on les emploie dans le cours de cette maladie, qu'elle soit sporadique ou épidémique; comme on peut s'en convaincre dans l'intéressant Mémoire de M. Gendron sur les petites épidémies. Il est inutile, par ces raisons, de s'y arrêter davantage.

CHAPITRE VI.

DE LA GLACE SUR LA TÊTE.

On appliqua d'un à 4 kilogrammes de glace sur la tête, ordinairement à plusieurs reprises, chez dix sujets dont l'affection eut une terminaison funeste (obs. 2, 7, 9, 14, 18,

24, 30, 33, 35, 53), dont le délire avait résisté à divers agents thérapeutiques (vésicatoires, sinapismes, sangsues au cou); et, à part trois cas, aucun changement appréciable, dans l'état des symptômes cérébraux, n'a suivi son application.

L'assoupissement fut un peu moindre qu'avant l'application de la glace, dans un des cas (obs. 14); il y eut un peu plus de calme, la nuit suivante, dans un autre (obs. 53); et tant qu'il eut la glace sur la tête, le troisième malade répondit par oui et par non; ce qu'il ne faisait pas avant, ce qu'il ne fit plus après la fonte complète de la glace (obs. 7).

Il convient de remarquer d'ailleurs, que, chez sept des sujets dont il s'agit, l'emploi de la glace fut combiné avec l'application des sangsues, des sinapismes, des vésicatoires, et même avec la saignée générale pour quelques-uns; moyens qui, dans toutes les théories, auraient dû avoir plus ou moins de succès, et dont l'inutilité tend au moins à prouver qu'à une certaine période de leur cours, les maladies suivent leur marche avec une opiniâtreté sur laquelle nos agents thérapeutiques n'ont qu'une influence extrêmement bornée.

Deux des sujets qui guérirent eurent de la glace sur la tête. Le délire, qui avait lieu depuis six jours, chez l'un d'eux, diminua le lendemain; ce qui serait peut-être également arrivé, si la glace n'eût pas été appliquée, le délire ayant atteint, à cette époque, la limite la plus ordinaire de sa durée. Il n'y eut point d'amélioration chez l'autre sujet, malgré l'adjonction, à la glace, des dérivatifs et des sangsues au cou.

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT DE L'AFFECTION TYPHOIDE EN GÉNÉRAL.

Après avoir recherché par voie d'analyse la valeur des principaux agents thérapeutiques actuellement employés dans le traitement de l'affection typhoïde, il est nécessaire de revenir rapidement sur leur usage, de rappeler celui de quelques autres moyens qui ont aussi leur importance, d'exposer la marche à suivre dans les divers degrés de la maladie et aux époques variées de son cours.

On a vu, par ce qui précède, que la supériorité des évacuants, comme méthode générale de traitement de l'affection typhoïde, n'est pas encore incontestablement prouvée; on ne saurait, dès-lors, dans l'état actuel des choses, recommander les évacuants à l'exclusion des saignées. En supposant donc qu'on préfère ce dernier mode de traitement, voici comment on devra l'employer, et quels moyens accessoires on devra lui adjoindre.

On préférera les *émissions sanguines* par la lancette à la saignée par les sangsues ou par les ventouses scarifiées, dont l'utilité est moins bien démontrée, comme, au reste, dans beaucoup d'affections d'organes superficiellement placés.

On préférera aussi les saignées médiocres aux saignées nombreuses et répétées, en quelque sorte, coup sur coup; l'expérience étant en faveur des premières; et on y aura recours dans la période aiguë, dans les dix ou douze premiers jours de l'affection, en les proportionnant à l'intensité du mouvement fébrile et à la force des sujets. Une saignée de 300 à 400 grammes doit suffire quand le malade est d'une

constitution un peu faible ; il faudrait la répéter deux fois dans les dix ou douze premiers jours, dans le cas contraire, et la faire un peu plus considérable. On multiplierait en vain les émissions sanguines, pour éteindre, sous leur influence, le mouvement fébrile ; car l'expérience a montré et montre tous les jours, que l'affection typhoïde bien caractérisée, celle sur l'existence de laquelle aucun doute ne peut s'élever, n'est pas susceptible d'être jugulée ; ce qui n'est guère moins vrai, d'ailleurs, de la péripneumonie et des autres maladies inflammatoires.

Au-delà des quinze premiers jours, dans les cas graves, avant cette époque dans ceux où la maladie est légère et le mouvement fébrile peu considérable, les émissions sanguines retardent plus qu'elles n'accélèrent la convalescence ; il faut donc s'en abstenir après cette époque ; à moins, toutefois, que les symptômes de la maladie n'aient été faibles pendant longtemps, qu'ils n'aient pris un certain degré de violence depuis peu, que la couleur des chairs et la conservation de l'embonpoint n'indiquent une perte de forces peu considérable : car la considération des forces doit toujours être présente à l'esprit du médecin, puisque le péril et la gravité des affections aiguës sont proportionnés à la faiblesse réelle des malades, et que cette faiblesse favorise le développement des lésions secondaires.

L'action de la saignée doit être favorisée par d'autres moyens dont l'influence, pour ne pas être démontrée d'une manière aussi rigoureuse, ne saurait néanmoins être mise en doute ; et parmi eux se trouvent les boissons abondantes, les lavements adoucissants, une température peu élevée.

A raison de la nature et du siége de la maladie, les boissons ne sauraient sans doute être trop abondantes, et il ne

peut guère y avoir de limites à cet égard, que celles qui sont indiquées par la répugnance de l'estomac. C'est une nécessité, par cela même, de rendre les boissons agréables et douces, et de préférer à toutes les autres la solution d'un sirop plus ou moins aigre, suivant le goût des malades. Deux à trois litres de liquide, en vingt-quatre heures, doivent être considérés comme une quantité moyenne; et, si les malades veulent ou peuvent en boire davantage, il faut augmenter cette dose. L'abondance des boissons doit être proportionnée, d'ailleurs, à l'intensité du mouvement fébrile, proportionné lui-même, en général, à l'étendue et à la profondeur de la lésion spécifique de l'intestin grêle.

Sans doute, les boissons introduites dans l'estomac n'arrivent pas toutes dans l'iléum, où se trouve ordinairement bornée l'affection des plaques elliptiques; mais, par leur mélange avec les liquides contenus dans l'estomac et dans le jéjunum, elles peuvent en adoucir l'action, et agir directement ou indirectement sur les plaques. On parvient, dans les maladies externes, à calmer les symptômes inflammatoires par des émollients en cataplasmes ou en bains : on doit tendre au même but, par des moyens analogues, dans le traitement de la maladie qui nous occupe.

Les boissons aigrelettes, celles qui doivent cette qualité à l'acide carbonique qu'elles contiennent, doivent surtout être employées dans le traitement de l'affection typhoïde. Déjà recommandées par les anciens, remises en usage par les médecins anglais dans ces derniers temps, je les ai prescrites, comme on l'a vu plus haut, aux cent malades que j'ai traités à la Pitié, avec un assez grand succès, par les saignées médiocres. Il convient donc d'avoir recours à l'eau de Seltz artificielle. Une bouteille de cette eau par jour, mêlée avec une certaine quantité de solution de sirop de

gommeou autre, m'a paru suffire : on devrait y recourir dans les mêmes cas, et l'employer aux mêmes doses, peut-être même à des doses plus élevées, suivant la manière dont les malades la supporteraient, si l'expérience, qu'on peut faire sans inconvénient, montrait qu'une plus grande quantité d'eau de Seltz est favorable à l'issue de la maladie.

L'eau chlorurée, à dose de 5 à 8 centigrammes par verre de liquide, pourrait peut-être remplacer, avec avantage, l'eau de Seltz ; bien que sa supériorité, d'après les essais comparatifs de M. Chomel, ne soit pas encore démontrée. M. Chomel termine, en effet, ses recherches sur les chlorures, ainsi qu'il suit : « En résumé, bien que les résultats obtenus par les » chlorures dans le traitement de cette maladie, aient été » très différents dans les diverses années, cette méthode » thérapeutique est encore celle qui nous a donné la plus » forte proportion de succès; et nous continuerons à em- » ployer un traitement qui, combiné avec la méthode ration- » nelle, nous a donné jusqu'ici, malgré ses insuccès, des » résultats plus avantageux qu'aucune autre méthode. »

Les lavements adoucissants avec une décoction de graine de lin, en provoquant et en favorisant la sortie des matières contenues dans l'intestin, ne peuvent qu'être utiles aux malades, à toutes les époques de la maladie : on doit en donner un tous les jours, dès les premiers temps ; et à une époque plus avancée, quand les selles sont très nombreuses, quand l'intestin grêle n'est peut-être plus la seule portion du canal de l'intestin affectée, quand le colon est peut-être plus ou moins enflammé, les lavements doivent être répétés au moins deux ou trois fois par jour et retenus pendant huit à dix minutes chaque fois, si les malades jouissent de leur intelligence et peuvent faire quelques efforts pour les garder pendant un certain temps.

Que si la diarrhée, après l'usage des lavements continués pendant quelques jours, était trop considérable et épuisait le malade, on chercherait à la diminuer par l'addition de quelques gouttes de laudanum de Sydenham à des quarts de lavements de lin, en engageant le malade à les retenir; et si ce moyen était insuffisant pour borner le nombre des selles, on donnerait, une seule fois, comme le font les médecins anglais dans quelques cas de diarrhée, une petite dose de calomel, après l'effet duquel on reviendrait aux quarts de lavement de lin laudanisés.

Comme tout, dans la première période de l'affection typhoïde, doit tendre à diminuer la violence du mouvement fébrile, et que la chaleur ambiante, quand elle est trop forte, ne peut que l'augmenter ; la température de l'appartement des malades sera peu élevée : le froid est moins à craindre que l'excès contraire, et, cependant, il faut aussi s'en préserver, puisqu'il pourrait exciter ou augmenter la toux, si ordinaire dans le cours de l'affection, peut-être même favoriser le développement d'une pneumonie, dont l'issue est toujours douteuse, surtout dans un état de faiblesse ordinairement considérable.

Si par des raisons quelconques les *évacuants* étaient préférés aux émissions sanguines, on aurait d'abord recours, dans les cas indiqués par M. De Larroque, au tartre stibié en lavage, pour déterminer quelques évacuations par en haut; puis on donnerait journellement, ou tous les deux jours, une certaine quantité d'eau de Sedlitz ou de Pullna, ou 30 grammes d'huile de ricin, ou quelques centigrammes de calomel, de manière à avoir de quatre à cinq selles par jour Et si l'usage des laxatifs était suivi de selles trop abondantes, on les suspendrait, puis on aurait recours aux quarts de lavement laudanisés, comme cela a été dit tout à l'heure

au sujet du traitement par les émissions sanguines. D'ailleurs, comme dans ce dernier traitement, on aurait encore recours aux lavements de lin entiers, donnés tous les jours, concurremment avec les laxatifs pris par la bouche; on donnerait des boissons aigrelettes, agréables au malade, et en aussi grande quantité que la soif l'exigerait.

S'il est nécessaire, quelque traitement qu'on adopte, d'entretenir, dans la chambre des sujets atteints d'affection typhoïde, une température convenable, il ne l'est pas moins de veiller, avec une attention pour ainsi dire extrême, à tout ce qui concerne la propreté. Nulle part ce soin n'est aussi nécessaire, surtout à l'époque du délire, si les malades ont des évacuations involontaires. Alors, en effet, les excrétions, en contact avec la peau, pendant un temps trop considérable, concourraient puissamment au développement de l'érysipèle, ou des eschares, qui sont, dans quelques cas, une cause évidente de mort, etc. Il convient, par cette raison, de visiter souvent les malades, de s'assurer qu'ils ne sont pas mouillés, de les placer sur une alèze dont le changement peut avoir lieu plusieurs fois dans le cours de la journée, sans trop les fatiguer; ce qui est toujours d'une grande importance, dans une affection caractérisée par une dépression des forces plus considérable que dans toute autre. Il n'est pas moins indispensable de changer souvent les malades de place, de les mettre alternativement sur l'un ou sur l'autre côté, de les placer sur un lit mollet, qu'on doit refaire au moins une fois tous les jours, afin d'éviter les mauvais effets de la compression. On doit aussi renouveler fréquemment l'air de l'appartement : en un mot, il faut prodiguer les attentions et les ressources de l'hygiène, dans une maladie toujours longue et dont la marche est généralement peu influencée par les agents thérapeutiques.

Que si, malgré toutes ces précautions, les téguments du sacrum ou des parties environnantes venaient à rougir et à menacer de s'ulcérer, on aurait recours aux coussins à air ou à d'autres analogues, percés à leurs centres, plus ou moins plats ou saillants, de manière que les parties rouges et menacées de gangrène ou d'ulcération, ne soient plus comprimées, et ne supportent pas le poids du corps, au moins pour un certain temps. Le sparadrap de diachylon, dont on recouvre ordinairement les parties rouges du sacrum, ou celles qui commencent à s'ulcérer, a des inconvénients, en ce que, chez un assez grand nombre de personnes dont la peau est très facilement modifiée par l'application d'un emplâtre quelconque, l'usage de ce moyen suffit pour produire un eczéma sur la peau saine, et doit, chez les mêmes sujets, hâter une ulcération qu'il faudrait prévenir. Il faut y renoncer, et le remplacer, quand il n'y a que de la rougeur, par des linges fins et biens secs. S'il y avait un léger suintement au niveau des parties rouges, on les saupoudrerait avec un peu d'amidon ou de poudre de licopode; et, dans le cas d'ulcération commençante au milieu de la rougeur, on ajouterait à ces moyens un petit plumasseau de charpie fine, enduite d'une petite quantité de cérat de saturne, placé sur l'ulcération.

Dans les cas les plus ordinaires, et sous l'influence des moyens qui viennent d'être indiqués, les symptômes, après avoir eu plus ou moins d'intensité pendant un espace de temps qui varie, s'amendent successivement: la prostration des forces cesse, l'appétit commence à se faire sentir, et, à l'aide d'une alimentation graduée, sans autres moyens accessoires, les forces reviennent, et la convalescence marche plus ou moins rapidement.

Dans d'autres cas moins communs, après la cessation de

la fièvre et de la plupart des autres symptômes, la diarrhée ayant cessé plus ou moins complétement, les malades n'éprouvant aucun symptôme qui puisse faire croire à une affection inflammatoire de l'estomac, si leur appétit et leurs forces ne reviennent pas, il convient de leur donner quelques légers toniques, soit une limonade vineuse, soit de l'eau de Seltz, soit une infusion amère; car alors on a bien moins à combattre une inflammation que ses suites, et les toniques légers semblent indiqués, bien que l'expérience, une expérience rigoureusement déduite d'un certain nombre de faits, n'ait pas mis leur utilité hors de doute. Il n'en est pas de même, comme on l'a vu plus haut, des toniques forts, de l'extrait de kk. à haute dose, en particulier, si utile dans les cas où la faiblesse et la prostration des forces existent au plus haut degré, quand, d'ailleurs, le pouls est peu ou point accéléré, quand la chaleur est naturelle ou peu élevée, la respiration peu fréquente, la diarrhée médiocre, les symptômes cérébraux peu intenses ou nuls.

Que si, au moment de donner les toniques forts, au nombre desquels on peut placer les vins de Bordeaux, les vins d'Espagne, etc., etc., on avait quelques doutes sur l'état de l'estomac, si l'on craignait quelque inflammation latente de la membrane muqueuse de cet organe, on pourrait d'abord essayer les toniques faibles, dont l'innocuité lèverait tous les doutes.

Mais le traitement de l'affection typhoïde, tel que je viens d'en exposer les parties principales, est celui des cas les plus simples, de ceux dans lesquels les symptômes cérébraux et le météorisme sont peu considérables, dans lesquels aucune complication importante ne vient fixer l'attention du médecin. Dans les cas contraires, que faut-il faire ?

On convient généralement qu'un *délire* médiocre n'exige

pas un traitement spécial bien énergique, et, selon la pratique la plus générale, on s'est borné, pour le combattre, chez les sujets dont j'ai donné l'histoire, à l'application des vésicatoires et des sinapismes aux membres inférieurs. Mais il résulte des faits précédemment exposés, que les vésicatoires n'ont pas eu d'influence appréciable sur les symptômes cérébraux ; que s'ils en ont exercé quelqu'une sur la durée de la maladie, chez les sujets qui ont guéri, c'est en la prolongeant un peu : on a vu aussi qu'on ne peut les considérer que comme une maladie ajoutée à une autre maladie, qu'ils sont souvent suivis de l'ulcération ou de la destruction complète de la peau dans les points où ils sont appliqués ; de manière qu'on ne voit pas sur quel motif on en prescrirait l'usage, et qu'il serait réellement plus conforme à l'expérience de les proscrire que de les employer. C'est ce que j'ai fait, dans ces derniers temps, pour les malades que j'ai traités à l'hôpital de la Pitié ; ce qui n'a pas empêché, comme on a vu, la proportion des cas de guérison d'être assez considérable. Je ne crois pas non plus, par des raisons analogues, qu'un centre de fluxion établi par d'autres moyens, par des sinapismes en particulier, puisse être utile ; un centre de fluxion bien autrement énergique ayant lieu dans l'intestin grêle, dans l'affection qui nous occupe, et paraissant provoquer des points d'irritation dans d'autres organes, au lieu de les en préserver.

Il faut d'ailleurs se rappeler que si la plupart des symptômes de l'affection typhoïde s'expliquent par l'état des organes auxquels ils se rattachent, il n'en est pas ainsi du délire, qu'on ne peut expliquer par l'état apparent du cerveau ; que, plus qu'aucun autre symptôme, celui-ci semble sous la dépendance de l'intestin grêle, dans l'affection qui nous occupe ; de manière que son traitement ne paraît pas devoir

différer de celui de la maladie principale. D'ailleurs, si les épispastiques n'ont pas eu d'influence appréciable sur le délire et la somnolence, il en a été de même de l'application de la glace sur la tête, et des sangsues au cou, isolément ou simultanément; en sorte qu'on ne voit pas trop non plus comment on pourrait en recommander l'emploi contre le délire quel qu'il soit. Et l'on ne s'explique guère le précepte qui a consacré l'usage de la glace en pareil cas, qu'en admettant, comme nous en avons vu un exemple, que l'application de la glace sur la tête, à une époque déjà *éloignée* du début du délire, et voisine de celle où ce symptôme cesse spontanément, aura été suivie du retour de l'intelligence chez quelques sujets, et qu'on aura considéré comme cause ce qui n'était réellement qu'une simple coïncidence. La saignée générale n'a pas été plus utile que la saignée locale, pour combattre le délire avec succès; en sorte qu'il est vrai de dire que jusqu'ici la médecine est impuissante contre ce symptôme; et cette impuissance est d'autant plus déplorable, que le trouble des fonctions du cerveau peut, indépendamment des altérations de cet organe, devenir, comme on l'a vu antérieurement, une des principales causes de mort.

Faudra-t-il donc rester spectateur tranquille d'un délire violent, d'un assoupissement extrême et continu? Si l'expérience ne parle pas en faveur de la saignée, elle ne montre pas non plus qu'elle ait été nuisible dans ces cas, pratiquée à une certaine époque, du moins. Si donc le délire devenait violent au douzième ou au quinzième jour de la maladie, chez un sujet qui aurait été saigné assez largement deux fois, dans les dix premiers jours; si sa figure était rouge et animée, on pourrait prescrire une saignée nouvelle, de 200 à 300 grammes; mais on ne devrait pas, je pense, ni la répéter, ni la faire plus considérable; et il faudrait, si l'on avait

eu recours aux purgatifs, en continuer l'usage, à moins que le nombre des selles ne fût excessif. On devrait encore, d'après ce qui a été dit plus haut, s'abstenir des épispastiques, en faveur desquels l'expérience ne s'est pas prononcée, et dont les inconvénients ne sont douteux pour personne.

Il en est du *météorisme* comme des symptômes cérébraux : tant qu'il est maintenu dans certaines limites on s'en occupe peu ; mais, à un degré considérable, il gêne nécessairement beaucoup l'action des viscères thoraciques et abdominaux, il entraîne une altération plus ou moins marquée de la structure de l'intestin (1), c'est un symptôme formidable : quel moyen lui opposer ? Sur ce point comme sur tant d'autres, l'expérience est muette. Mais comme il y a dans le météorisme quelque chose de spécifique, comme on ne peut en expliquer le développement par l'état apparent de la membrane interne de l'intestin, il est convenable de se livrer à des essais qui, tôt ou tard, peuvent avoir des résultats heureux. Ces essais doivent être d'autant plus encouragés, que le gros intestin est le siége principal du météorisme, et qu'on peut appliquer à sa surface les agents thérapeutiques. On pourrait, dans cette intention, donner des lavements d'une eau légèrement alcaline et mucilagineuse qui absorberait peut-être une partie des gaz qui distendent l'intestin, et aurait, en outre, une action favorable sur la membrane muqueuse de l'organe, si elle est la source des gaz, ou sur les matières avec lesquelles elle est en contact. Peut-être aussi, dans des cas semblables, l'eau magnésienne devrait-elle être donnée en boisson. Je ne parle pas des moyens mécaniques dont l'application est fatigante et qui n'ont pas eu, d'ailleurs, que je sache, les succès qu'on s'en était proposé.

(1) Page 201 du premier volume.

Ces essais, que je conseillais dans la première édition de cet ouvrage, je les ai tentés depuis, mais, je dois le dire, à peu près sans succès; à part la magnésie donnée en lavement, dans une décoction de graine de lin, et qui a été suivie d'une légère diminution du météorisme, dans quelques cas dont je ne possède malheureusement pas l'histoire détaillée.

Les *spasmes* de toute espèce ont paru, comme le délire et l'assoupissement, réclamer des secours particuliers. Mais tandis que le délire a conduit à l'emploi des antiphlogistiques, on a opposé aux spasmes des agents thérapeutiques d'un effet opposé : des excitants volatils, du musc, etc. Ces médicaments, dont l'usage n'a pas été suivi de succès, doivent être, ce me semble, bannis de la pratique dans les circonstances dont il s'agit; car leur effet probable doit être d'augmenter le mouvement fébrile et la violence des symptômes. J'ajoute qu'on ne peut rapporter les spasmes, comme le délire, à l'état du cerveau, que secondairement ; en sorte que ce qui a été dit, relativement au délire et aux autres symptômes cérébraux, doit s'appliquer aux spasmes. Qu'on n'oublie pas, d'ailleurs, que les symptômes cérébraux masquent tous les autres, ou s'opposent au développement de ceux qui devraient correspondre aux altérations qui ont lieu dans le cours du délire ; que si, alors, la membrane muqueuse de l'estomac était le siége de quelques lésions, comme cela est assez fréquent, il ne serait pas possible de s'en assurer ; qu'en donnant des médicaments excitants, dont l'utilité ne peut être démontrée pour personne, on exposerait les malades à des inconvénients graves. Si, malgré ces considérations, on croyait devoir opposer aux spasmes les antispasmodiques proprement dits, on devrait au moins les appliquer sur le colon, dans le cas où la diarrhée serait peu considérable, si rien ne pouvait faire soupçonner

un état inflammatoire de la membrane muqueuse du gros intestin, si la fièvre était nulle ou presque nulle : cas dans lesquels on pourrait tenter, avec plus de succès, d'après ce qui a été rapporté plus haut, l'administration de l'opium.

Mais c'est surtout dans les cas de *perforation de l'intestin grêle*, qu'il faudrait recourir à l'opium à haute dose, depuis 15 à 20 centigrammes par jour, jusqu'à 20, 30, 40, 50 et plus, et en continuer l'usage pendant un espace de temps plus ou moins considérable. Durant son administration, ou tant qu'on pourrait avoir quelque espoir dans son action, on ne permettrait au malade que la plus petite quantité possible de boissons fraîches, ou quelques petits morceaux de glace ; et si la constipation avait lieu, on attendrait, pour la vaincre, que tout danger ait cessé, et l'on ne provoquerait les selles qu'à l'aide de quelques lavements simples, ou légèrement purgatifs, dans les cas où les premiers seraient sans résultat.

La *rétention d'urine*, qui a lieu dans quelques cas graves d'affection typhoïde, exige que le cathétérisme soit répété plusieurs fois le jour, tant qu'elle existe ; et comme on ne l'observe qu'au milieu des symptômes nerveux les plus graves, chez des malades qui ne peuvent rendre compte de ce qu'ils éprouvent, le médecin doit toujours rechercher, avec beaucoup de soin, ce qui se passe du côté des voies urinaires.

D'autres symptômes moins fréquents, ou moins directement liés à la nature de la maladie, se présentent encore assez souvent, et semblent réclamer des soins particuliers. Jetons un coup d'œil sur les principaux.

L'*inflammation de l'arrière-bouche*, ordinairement peu considérable, dans les cas où on l'observe, n'exige pas un traitement actif; et le peu de succès des émissions sanguines générales ou locales dans l'angine essentielle, quel qu'en soit le degré, indique assez qu'on doit s'en abstenir quand elle a

lieu chez les sujets atteints d'affection typhoïde. On se bornerait, alors, à des applications émollientes autour du cou, à des gargarismes adoucissants, si le malade pouvait s'en servir ; ou bien on toucherait la partie enflammée avec un pinceau trempé dans un mucilage. Les mêmes soins devraient être appliqués à la langue, dans le cas où elle serait plus ou moins rouge, épaisse, fendillée ou encroûtée, ou recouverte d'un enduit pultacé ; ces divers états étant, comme on l'a vu antérieurement, plus ou moins inflammatoires.

Que si, au lieu de faire usage des émissions sanguines, on avait eu recours au traitement évacuant, il faudrait le suspendre, s'il survenait quelques symptômes indicateurs d'une *inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac;* inflammation qui, à la vérité, n'est guère plus fréquente ici que dans les autres maladies aiguës, ainsi que le lecteur se le rappelle sans doute, et qui ne se développe. quand elle a lieu, qu'à une époque plus ou moins avancée de l'affection.

La *toux* réclame bien rarement des soins particuliers. Tant qu'elle est peu considérable, comme c'est le plus ordinaire, et seulement liée à l'état de la membrane muqueuse des bronches, le traitement général ne doit pas être modifié. L'addition d'une potion gommeuse est suffisante, quand la toux est un peu incommode et dépendante de la même cause. Si elle en reconnaissait une plus grave, l'inflammation du parenchyme pulmonaire, par exemple, ce qui est rare, sinon dans quelques conditions atmosphériques particulières, il faudrait distinguer, comme je l'ai dit pour les symptômes gastriques et cérébraux, les cas où elle se manifeste à une distance peu éloignée du début, de ceux où elle a lieu à une époque avancée de la maladie, quand la faiblesse est considérable, et se conduire en conséquence : en

sorte que si la faiblesse était trop considérable pour recourir aux émissions sanguines, mais pas assez pour qu'on eût à craindre de provoquer des évacuations alvines ou autres, on pourrait, dans des cas très graves, avoir recours au tartre stibié, à dose Rasorienne, comme on l'a fait quelquefois avec succès, chez les enfants, ainsi que je le montrerai tout à l'heure.

Que si, dans la convalescence, les malades étaient tourmentés et affaiblis par des *sueurs copieuses*, on aurait recours à une infusion de quinquina faite à froid, après une macération de vingt-quatre heures. A supposer qu'il n'y eût pas de contre-indication, cette infusion serait donnée à dose d'une ou de deux petites tasses par jour, pendant une semaine environ, sans sucre ; et si son usage n'était pas suivi de succès, on la remplacerait par une infusion de menthe ou autre aromatique.

On devrait encore, s'il y avait, pendant la convalescence, une *insomnie fatigante*, donner quelque préparation opiacée; et on aurait recours au même moyen, en y associant des boissons convenables, si la diarrhée se prolongeait indéfiniment à la même époque de la maladie.

Il résulte de tout ce qui précède, sur l'effet des principaux agents thérapeutiques le plus généralement employés aujourd'hui dans le traitement de la fièvre typhoïde, que ces agents ont une influence heureuse, bien que bornée, sur la marche et la terminaison de cette maladie ; et l'examen impartial des faits montre avec assez de précision la meilleure manière d'employer les trois principaux moyens que l'expérience a mis en notre pouvoir : la saignée, les évacuants, et les toniques. D'ailleurs, les succès assez bornés qui ont été

obtenus jusqu'ici ne doivent pas décourager les amis de la science, et faire croire qu'on n'arrivera jamais à un traitement mieux approprié à la maladie qui nous occupe. Qui aurait pu prévoir les effets de l'opium, ceux du quinquina, et la vertu préservatrice de la vaccine? Ce que le hasard et l'observation ont fait, ils peuvent le faire, ils le feront sans doute encore; et la thérapeutique, comme les autres parties de la science, doit tout attendre de l'observation.

Quant au traitement de l'affection typhoïde chez les *enfants*, il ne diffère pas sensiblement de celui qui vient d'être exposé, et les mêmes moyens sont suivis, chez eux, de résultats analogues à ceux qu'on observe chez l'adulte, au moins d'après les faits recueillis par MM. Taupin et Rilliet; faits nombreux, mais pas encore assez, suivant la remarque de ces médecins, qui procèdent toujours avec réserve, pour que les résultats exposés par eux puissent être érigés en loi.

Ainsi, M. Taupin n'a jamais remarqué que la *saignée* eût une heureuse influence, soit immédiatement, soit à distance, sur l'intensité de la fièvre, du délire, de la diarrhée, des douleurs de tête et de ventre; sur l'état de la langue, sur l'engouement du poumon de ses jeunes malades. Elle lui a semblé affaiblir les enfants, rendre leur affection plus longue, et les exposer à contracter plus facilement les maladies auxquelles leur faiblesse ne leur permettait pas de résister. Cependant, si le sujet est robuste, s'il a une fièvre vive, avec coloration intense de la face, et du délire, M. Taupin conseille d'essayer d'une saignée générale, ou d'une application de sangsues à l'anus ou dans la région iléo-cœcale, mais seulement au début; et il paraît préférer les saignées locales au moyen des sangsues ou des ventouses scarifiées qui, à une exception près, ont toujours été employées dans les

cas soumis à son observation, et appliquées au flanc droit, à l'anus, aux apophyses mastoïdes, ou sur la poitrine, ou sur l'abdomen.

M. Rilliet, de son côté, fait des remarques analogues, n'ayant vu les émissions sanguines suivies d'une amélioration appréciable, que dans un cas où la maladie eut une terminaison heureuse.

Quant aux *purgatifs* (eau de Sedlitz, eau magnésienne saturée, huile de ricin, calomel), ils ont été mis en usage dans la plupart des cas observés par M. Taupin, ou chez quatre-vingt-neuf malades; soit seuls, soit unis aux évacuations sanguines, aux vomitifs, etc.; et ce médecin affirme qu'ils n'ont jamais été suivis d'accidents, bien qu'on les ait donnés avec abondance; que dans aucun cas ils n'ont augmenté la fièvre, ou déterminé l'inflammation de l'estomac ou de l'intestin; qu'ils ont presque toujours paru modifier avantageusement, et de bonne heure, les accidents cérébraux et abdominaux, humecté la langue, amené une convalescence prompte; que les malades purgés ont été atteints d'eschares au sacrum bien moins souvent que les malades traités par les émissions sanguines, encore que les purgatifs n'aient jamais jugulé l'affection en quelques jours. D'ailleurs, ces purgatifs étaient donnés indifféremment dans les cas de diarrhée ou de constipation; à petite dose, dans les cas légers; à dose répétée, dans les cas graves, et dès le début, pour les continuer jusqu'à guérison complète, jusqu'à ce que la diarrhée ne reparût point pendant leur emploi. Aussi, M. Taupin recommande vivement l'emploi des purgatifs, et il conseille de purger abondamment depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison, et avec persistance, s'il y a constipation, météorisme, séche-

resse de la langue. Il conseille aussi l'usage de l'ipécacuanha au début, quand la bouche est amère, la langue chargée, dans les cas où la prostration est extrême ; ayant vu des enfants tirés de l'assoupissement où ils étaient plongés, par la secousse du vomitif, etc.

Les faits recueillis par M. Rilliet sont moins favorables à l'action des purgatifs; car, au sujet de vingt-neuf malades observés par lui et qui ont guéri après en avoir pris, il affirme que les purgatifs ne lui ont pas paru avoir une influence directe sur l'intensité du mouvement fébrile et sur les symptômes nerveux; et il fait les mêmes remarques en parlant des malades qui ont succombé après avoir été soumis à la même médication. A la vérité les purgatifs ne furent pas employés de la même manière, chez les enfants dont M. Taupin a recueilli l'histoire et chez ceux dont il s'agit; lesquels, comme l'observe M. Rilliet, n'ont presque jamais fait usage des purgatifs dans *tout* le cours de la maladie et *tous* les jours; et l'on conçoit que si ces médicaments sont aussi utiles, dans le cours de l'affection typhoïde des enfants, que le dit M. Taupin, quand ils sont donnés journellement et avec persévérance, il pourrait en être tout autrement quand ils sont prescrits plus rarement, et pendant un espace de temps moins considerable. Mais c'est à l'expérience ultérieure à juger définitivement cette question.

M. Taupin a vu prescrire des préparations *opiacées* à des enfants qui, après avoir été délivrés des symptômes abdominaux, avaient une bronchite intense ou une insomnie fatigante, sans dire, toutefois, si cette médication a eu beaucoup de succès.

Le même médecin a vu donner les *toniques* ou les *excitants*, quand les symptômes de réaction avaient cessé et

que les enfants se trouvaient dans un état de faiblesse qui n'aurait pu se dissiper par les seuls efforts de la nature. Les médicaments ordonnés étaient une infusion de racine d'angélique, une solution d'acétate d'ammoniaque, à dose de 8 à 30 grammes par jour ; le plus souvent c'était une infusion de camomille faite à froid, du vin ou du sirop de quinquina, du vin de Bordeaux, de Malaga; du diascordium ; et M. Taupin recommande cette médication dans les mêmes circonstances, sans s'expliquer néanmoins sur son efficacité. M. Rilliet garde le même silence sur l'effet des mêmes moyens prescrits aux malades dont il a recueilli l'histoire.

S'il y a prédominance de *symptômes cérébraux*, M. Taupin conseille de purger fortement ; et si le coma succède au délire et se prolonge d'une manière inquiétante, il recommande les vésicatoires aux membres inférieurs, d'après une sorte d'expérience qui a montré, dit-il, leur utilité, quand ils avaient été appliqués, en pareil cas, à la nuque ou aux extrémités inférieures.

Les *pneumonies lobaires* et *lobulaires* ont eu lieu dans sept cas d'affection typhoïde observés par M. Taupin ; et, dans chacun d'eux, le tartre stibié a été donné à haute dose, avec des succès variés. On devrait donc avoir recours, dans des cas analogues, à l'administration du même moyen.

Ainsi, comme je le disais en commençant, ce qui est relatif au traitement de l'affection typhoïde des enfants, ce traitement est à peu près le même que chez l'adulte ; les mêmes moyens sont suivis des mêmes effets, si ce n'est peut-être la saignée, qui, d'après le témoignage de M. Taupin, serait généralement plus nuisible qu'utile, dans l'enfance.

Une dernière remarque au sujet du traitement de l'affection typhoïde du premier âge, c'est que cette maladie étant généralement moins grave, à cette époque de la vie que dans l'âge adulte, ou après vingt ans, elle doit exiger moins fréquemment aussi l'usage des moyens actifs. On ne sera pas surpris, par cette raison, qu'elle ait eu une heureuse issue dans treize cas recueillis par MM. Rilliet et Taupin, cas dans lesquels on s'est borné aux délayants et à la diète; bien que trois d'entre eux fussent graves et eussent revêtu la forme adynamique.

Quant au *traitement préservatif*, comme, à part la faculté contagieuse de la maladie, on ne sait rien de positif sur les causes qui peuvent en amener le développement, c'est surtout de la contagion qu'il faudra se préserver; et si l'on ne peut entièrement prévenir toute communication entre les personnes malades et celles qui ne le sont pas, et qui n'ont pas été atteintes de l'affection typhoïde antérieurement, on diminuera les dangers de cette communication en renouvelant l'air avec soin, en tenant les malades dans une extrême propreté, en les mettant, s'il se peut, dans une chambre vaste. Et on prendra ces précautions, non-seulement dans les provinces, où la faculté contagieuse de la maladie est hors de contestation, mais même à Paris, où la contagion doit être admise, malgré la difficulté d'en donner la preuve par des faits de détails.

Après les précautions nécessaires pour se préserver de la contagion, il est surtout important d'éviter l'encombrement, principalement s'il existe à la fois, comme c'est le plus ordinaire, des personnes bien portantes et des personnes malades réunies dans un même lieu; puisque ce mélange et cet encombrement sont au nombre des causes les plus cer-

taines du typhus, quand ils existent à un certain degré.

L'observation des autres lois de l'hygiène n'est sans doute pas moins nécessaire, pour éviter la maladie qui nous occupe, que pour se soustraire à toutes les autres; puisque l'oubli des règles que l'expérience et la nature indiquent, amène la faiblesse, une des conditions qui favorise le plus l'action des causes morbides, de quelque nature qu'elles soient.

CINQUIÈME PARTIE.

ANALOGIES ET DIFFERENCES QUI EXISTENT ENTRE L'AFFECTION TYPHOIDE ET LES AUTRES MALADIES AIGUES FÉBRILES.

Bien que les faits relatifs à la comparaison qui va nous occuper se trouvent indiqués, çà et là, dans les différentes parties de cet ouvrage, je crois devoir les présenter dans leur ensemble; car on ne saurait étudier avec trop de soin et sous trop d'aspects différents, une maladie qui tient une place si importante dans le cadre nosologique, et qui a été, pendant si longtemps, l'objet de graves erreurs.

Pour apprécier les analogies et les différences dont il s'agit, je rappellerai successivement les points les plus importants de l'affection typhoïde, relativement à l'objet que je me propose : son début, sa marche, ses causes ou les circonstances qui précèdent son développement, et les lésions trouvées à l'ouverture des corps.

1° Comme les maladies aiguës ordinairement inflammatoires, l'affection typhoïde *débute* par un mouvement fébrile plus ou moins violent, un frisson d'une durée variable, suivi de chaleur et de sueur. Cependant, les frissons se répètent plus souvent au début de l'affection typhoïde que dans les autres maladies, ce qui met déjà entre elles et celle-ci une certaine différence. Des maux de tête, des douleurs dans les membres, une faiblesse, ordinairement très marquée, ont lieu en même temps que ces premiers symptô-

mes, et, comme eux, ils sont ordinairement plus marqués dans l'affection typhoïde que dans les autres maladies aiguës fébriles.

2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, le mouvement fébrile est accompagné, à son début, de quelques *symptômes locaux* du côté de l'abdomen, de douleurs de ventre et de selles liquides; symptômes qui se développent successivement ou simultanément, le plus ordinairement simultanément, et sont sous la dépendance des lésions commençantes de l'iléum. Sous ce point de vue, l'affection typhoïde ressemble beaucoup plus aux maladies inflammatoires proprement dites, qu'aux fièvres éruptives, dans lesquelles le symptôme caractéristique de la maladie, l'éruption, est à peu près constamment précédé de symptômes avant-coureurs; tandis que dans l'affection typhoïde, comme dans les autres maladies aiguës inflammatoires, la pneumonie, la pleurésie, l'angine, l'érysipèle, etc., ces symptômes sont plus ou moins rares, forment l'exception, et non la règle. Toutefois cette différence n'établit pas une démarcation tranchée entre les affections éruptives, l'affection typhoïde et les autres maladies inflammatoires du cadre nosologique; elle les rapproche, au contraire, jusqu'à un certain point. Car, si les symptômes précurseurs, qui se développent au début des affections éruptives, sont le résultat d'une cause qui agit profondément sur l'économie avant de produire des désordres partiels ou locaux, il faut admettre qu'il en est de même dans les autres affections aiguës, dans les cas où des prodromes ont eu lieu. Dans ces cas, la marche de la maladie est-elle différente de celle qui a lieu quand les symptômes précurseurs manquent? Le péril est-il plus grand? On pourrait le présumer d'après quelques faits;

mais c'est un point à étudier, et pour lequel, malheureusement, il faudra réunir un grand nombre d'observations, si l'on veut arriver à des résultats concluants.

3° Considérée dans ses *symptômes*, à part ceux du début, l'affection typhoïde diffère presque également des maladies éruptives et des maladies inflammatoires proprement dites; en ce que, dans les unes et dans les autres, le nombre des symptômes est borné, peu considérable; tandis qu'il est varié à l'infini, en quelque sorte, dans l'affection typhoïde, quel qu'en soit le degré. Car tout souffre dans cette maladie: et les fonctions des organes placés dans les cavités splanchniques ne sont pas seulement altérées, leur mode de souffrance indique encore une altération appréciable, quelquefois spéciale, des organes qui en sont chargés. Ainsi, du côté de l'abdomen, le météorisme et l'augmentation du volume de la rate sont presque constants, il existe quelquefois une paralysie de la vessie, des selles sanglantes, une dysphagie dépendante des ulcérations plus ou moins nombreuses de l'œsophage. Du côté du thorax, c'est une toux ordinairement médiocre, un râle sifflant assez souvent universel, sans oppression, qui annonce un état particulier des bronches. Du côté de l'encéphale, c'est une répugnance plus ou moins profonde à l'exercice des facultés intellectuelles, un assoupissement, d'ordinaire considérable, de l'agitation, du délire, des spasmes, des soubresauts des tendons, des roideurs spasmodiques des membres. Du côté des organes des sens, la vue est trouble dans quelques cas, alors même que les malades ne quittent pas le décubitus horizontal; l'oreille est moins fine; chez un certain nombre de sujets la surdité est complète, les bourdonnements sont nombreux, les épistaxis sont fréquentes; les taches roses,

lenticulaires, en nombre variable, apparaissent dans presque tous les cas; les *sudamina* sont presque aussi communs: et quelle maladie offre des symptômes aussi nombreux, soit parmi les affections aiguës inflammatoires, proprement dites, soit parmi les affections éruptives?

4° La *marche* de l'affection typhoïde s'éloigne de celle de la plupart des maladies aiguës fébriles, par sa durée, toujours considérable, quelque peu graves que soient les symptômes; en sorte que je ne l'ai jamais vue durer moins de quatorze jours; tandis que les maladies éruptives et les affections aiguës inflammatoires parcourent, assez généralement, leurs périodes en beaucoup moins de temps. La marche de l'affection typhoïde s'éloigne encore de celle des affections éruptives, en ce que la durée de celles-ci a quelque chose de fixe, en général, bien que les exceptions à la règle soient plus fréquentes qu'on ne serait porté à le croire d'après les descriptions données par les auteurs; tandis que la durée de la maladie qui nous occupe, si elle est toujours longue, est véritablement illimitée, et n'a rien de cette sorte de régularité qu'on observe dans la rougeole, la scarlatine et la variole, quand elle est discrète. Et cette différence s'explique parfaitement bien d'ailleurs par celle qu'offrent les lésions, qui sont ordinairement si graves, dans l'affection typhoïde, qui rapprochent cette maladie des affections inflammatoires les plus nombreuses, bien plus que quelques analogies ne permettent de l'assimiler aux fièvres dites éruptives.

5° Une des *causes* de l'affection typhoïde la rapproche assurément de ces dernières maladies; je veux parler de la contagion, qui en amène bien plus sûrement le développement que beaucoup d'autres circonstances qui ont été considérées, jusqu'ici, comme très capables de la produire.

Toutefois, tandis que les fièvres éruptives ne se développent que par contagion (au moins ne peut-on pas avoir d'autre manière de voir aujourd'hui), l'affection typhoïde peut naître spontanément ; car cette maladie ne paraît pas différer du typhus qui se développe de cette manière, dès que des hommes en proie à la misère et aux privations de toute espèce, se trouvent réunis dans des espaces étroits, mal aérés, comme à la suite des armées ; surtout si parmi les individus sains se trouvent quelques personnes affectées d'une maladie quelconque. Cette réunion de circonstances peut avoir, sans aucun doute, une remarquable influence sur l'issue de toutes les maladies inflammatoires ; mais elle ne peut rien, que je sache, sur leur développement : en sorte que si, d'une part, l'affection typhoïde, envisagée sous le rapport des causes, se rapproche des affections éruptives, de l'autre elle s'en éloigne par la faculté qu'elle possède de se développer spontanément, comme les maladies inflammatoires non contagieuses les plus ordinaires.

Une autre condition du développement de l'affection typhoïde sépare encore cette maladie des affections éruptives, et aussi de toutes les autres : je veux parler de l'âge. L'âge a de l'influence, il est vrai, et une influence considérable, sur la gravité des maladies aiguës, dont quelques-unes, comme la pneumonie, sont presque toujours mortelles à une certaine époque de la vie : mais les maladies inflammatoires proprement dites peuvent, comme les affections éruptives, se développer à toutes les époques de l'existence ; il en est de même du choléra asiatique, de la fièvre jaune, du *typhus fever* ; tandis que l'affection typhoïde ne se développe pas au-delà d'un certain âge. Et on ne peut pas dire que cette différence provienne de ce que cette maladie n'attaque pas deux fois le même individu, et de ce que chacun en a été atteint

dans la jeunesse, ou avant cinquante ans; puisque l'immunité, qui résulte d'une première attaque de variole, de rougeole ou de scarlatine, n'est pas moins bien constatée pour ces affections; qu'elles ne sont pas moins fréquentes que l'affection typhoïde, dans la jeunesse; et que néanmoins aucun âge ne met à l'abri de la variole, de la scarlatine, de la rougeole et de la fièvre jaune.

6° Comme on l'a vu plus haut, les *lésions* qui caractérisent l'affection typhoïde ont lieu dans tous les cas de cette maladie; elles en sont inséparables, se développent dans un ordre plus régulier, plus constamment le même que les lésions qui caractérisent anatomiquement les autres affections inflammatoires, sans en excepter la pneumonie, l'érysipèle de la face, le ramollissement du cerveau, etc., etc.; car ces maladies débutent tantôt par un point, tantôt par un autre; tandis que l'altération qui forme le caractère anatomique de l'affection typhoïde, commence constamment près du cœcum, pour s'étendre ensuite, de proche en proche, vers le jéjunum et, dans quelques cas rares, jusqu'au duodénum. Sous ce dernier rapport, la lésion dont il s'agit se rapproche beaucoup plus de celles qui accompagnent les maladies aiguës inflammatoires, que de celles qui caractérisent les maladies éruptives, dans lesquelles le caractère anatomique, l'éruption, a lieu presque simultanément dans toutes les parties du corps.

Un autre trait de ressemblance de l'affection typhoïde avec les affections aiguës inflammatoires, relativement à l'objet qui nous occupe, c'est que l'altération spéciale des plaques de Peyer débute, dans la majorité des cas, avec les premiers symptômes, commence avec la maladie elle-même.

Le parallèle se soutient encore entre l'affection typhoïde et les affections inflammatoires les plus ordinaires, relativement à la gravité des lésions; bien que l'altération des plaques de Peyer ne soit pas toujours également grave, et qu'il n'y ait pas, toujours proportion entre elle et la gravité des symptômes: car cette proportion n'est constante dans aucune affection aiguë inflammatoire; en sorte qu'il n'est pas jusqu'à la pneumonie qui ne se termine quelquefois d'une manière fâcheuse, sans qu'on puisse expliquer la mort, d'une manière satisfaisante, par l'état des organes, surtout des organes principalement et primitivement affectés.

Si l'intensité du mouvement fébrile n'est pas toujours proportionnée à la lésion de l'intestin grêle, dans l'affection typhoïde, il en est de même dans les autres maladies aiguës inflammatoires, où cette proportion est loin d'être constante, et elle est si peu nécessaire, qu'elle n'existe jamais au début des affections les plus graves, dans celles où l'inflammation se présente avec le plus de violence, marche avec le plus de rapidité, envahit le plus promptement, proportion gardée, une plus grande partie de l'organe affecté. Ainsi, quand un érysipèle de la face, qui n'a pas été précédé de symptômes avant-coureurs, se développe, un mouvement fébrile, ordinairement intense, a lieu, alors que la surface de la peau enflammée n'égale pas une pièce de deux francs; et ce mouvement fébrile ne devient pas plus considérable à mesure que la maladie prend plus d'extension, même quand sa propagation aux parties saines s'opère avec rapidité. Bien plus, si, après cinq ou six jours de durée, après avoir envahi la face et le cuir chevelu, l'érysipèle s'étend successivement à toutes les parties du corps, la fièvre cesse, malgré le renouvellement et l'extension de l'inflammation. — Au début d'une pneumonie qui n'a pas été précédée de symptômes

avant-coureurs, quand le parenchyme pulmonaire n'est enflammé que dans une étendue extrêmement peu considérable, le mouvement fébrile est aussi intense que quand l'inflammation aura envahi une bonne partie de l'organe. Et comment s'en étonnerait-on, comment n'en serait-il pas ainsi, quand on voit, tous les jours, un mouvement fébrile considérable se développer, indépendamment de toute lésion appréciable, dans des maladies inflammatoires où les accidents locaux sont précédés de symptômes avant-coureurs; quand on sait qu'il existe une affection aiguë fébrile, grave, le *typhus fever,* dans laquelle on ne trouve de lésion constante dans aucun organe, rien qui puisse expliquer le mouvement fébrile, à son début ou dans le cours de la maladie.

Qu'on n'oublie pas, d'ailleurs, quand il s'agit d'apprécier la valeur des lésions qui se développent dans le cours de l'affection typhoïde, relativement au mouvement fébrile, aux autres symptômes, et à la terminaison fâcheuse de la maladie, que ces lésions ne consistent pas seulement dans l'altération spéciale des plaques de Peyer; qu'il faut leur réunir celle des glandes du mésentère, et même l'altération si constante de la rate; encore que la valeur de celle-ci, son importance, eu égard aux symptômes et à la terminaison funeste, soient difficiles à déterminer. Et sous ce dernier point de vue, l'appréciation des causes de mort, il est encore vrai de dire qu'il faut considérer à la fois, et les organes primitivement affectés, et les lésions secondaires qui, dans l'affection typhoïde comme dans les autres, sont souvent les véritables causes de la mort.

Ainsi, considérées sous le rapport de leur gravité et de leur début, les lésions essentielles à l'affection typhoïde rapprochent cette maladie des autres affections aiguës inflamma-

toires. J'ajoute que le praticien doit toujours se rappeler que le péril attaché aux lésions dont il s'agit, existe dans tous les cas, jusqu'au rétablissement complet des fonctions; puisque, jusque-là, il peut toujours y avoir perforation, quel que soit d'ailleurs le degré de l'affection.

Mais une derniere lésion éloigne l'affection typhoïde de toutes les maladies aiguës inflammatoires et des affections éruptives, du choléra, de la fièvre jaune et même du *typhus fever* d'Angleterre; je veux parler des *ulcérations*, qu'on trouve non-seulement dans l'intestin grêle, mais aussi dans d'autres organes, l'œsophage, l'épiglotte et le larynx; dirai-je la vessie et la vésicule biliaire, où j'ai vu ces ulcérations une fois? Ensorte que, plus on cherche à approfondir l'étude de l'affection typhoïde, plus on se persuade qu'elle ne diffère pas moins des autres maladies aiguës inflammatoires que des affections éruptives.

Le lecteur voit maintenant, par ce qui précède, que l'affection typhoïde se rapproche, par quelques points, des affections éruptives et des maladies aiguës inflammatoires proprement dites; qu'elle s'en éloigne par d'autres, et qu'elle s'écarte de toutes les maladies connues par plusieurs caractères fondamentaux.

1o L'affection typhoïde se rapproche des affections éruptives, par sa faculté contagieuse, par l'immunité acquise au moyen d'une première attaque; et elle s'en éloigne en ce qu'elle peut se développer spontanément, que la lésion qui lui est essentielle a plus de gravité, généralement, que celle qui caractérise les maladies éruptives.

2o Elle se rapproche des maladies aiguës inflammatoires, parce que, dans la plupart des cas, les lésions et les symptomes locaux, qui en dépendent, débutent avec les premiers

accidents; que les symptômes précurseurs sont l'exception et non la règle; que sa durée est indéterminée; qu'elle peut se développer spontanément, sans le concours de la contagion; que les lésions qui la caractérisent, sous le rapport anatomique, sont constantes et graves. Elle s'éloigne de la plupart des maladies aiguës, par sa durée généralement longue, et parce qu'elle peut se propager par voie de contagion, et qu'elle n'atteint le même individu qu'une fois dans la vie.

3o Elle diffère de toutes les maladies aiguës inflammatoires, éruptives ou non, par le caractère et le nombre des symptômes qui lui appartiennent, symptômes qui ne diffèrent que par le degré dans les cas graves et dans les cas légers; par la double faculté qu'elle possède de pouvoir se développer spontanément et par contagion; par les limites de l'âge après lequel on ne l'observe plus, tandis que les autres affections aiguës ont lieu à toutes les époques de l'existence, bien que dans des proportions variées; par la constante régularité de la lésion qui lui est essentielle, et qui commence toujours par le même point, ce qui n'a pas lieu, au même degré, pour aucune autre affection; par le nombre de ses lésions, et surtout par la tendance à l'ulcération. Je ne dirai pas par l'état des liquides, puisqu'il est démontré que l'altération du sang n'a rien de propre, au moins d'après les faits connus jusqu'ici, à l'affection typhoïde.

FIN DU SECOND ET DERNIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME SECOND.

TROISIÈME PARTIE.

DESCRIPTION DES SYMPTÔMES.

Article VII. Symptômes cérébraux. 1

§ 1. De la céphalalgie. . . . . *Ib.*

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*

2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 2

3° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. 3

4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës qui ont guéri. 4

§ 2. De la somnolence. 6

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*

33e observation. 7

2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 15

3° Chez les sujets atteints d'autres maladies aigues qui ont succombé ou qui ont guéri. 16

§ 3. Du délire. 18

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . *Id.*

34e observation. 25

2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 32

3° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. 36

4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës qui ont guéri. 40

§ 4. Des spasmes. 44

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*

35e observation. 46

36e observation 54

1° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 62
4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës. 64
Résumé. 65
§ 5. De l'état des forces. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
37e observation 68
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 74
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes 77
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes qui ont guéri. . . . . *Ib.*
§ 6. Des douleurs et de l'œdème des membres. . . 79
1° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde. . *Ib.*
2° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes. 80
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri 81
Résumé. 82
Art. VIII. Symptômes fournis par les organes des sens. 83
§ 1. De l'épistaxis. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. . . . . *Ib.*
3° Chez les sujets atteints d'affections aiguës non typhoïdes qui ont guéri. 85
§ 2. État des yeux. 87
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 88
3° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës. 89
§ 3. De l'oreille. . . . . *Ib.*
Surdité, bourdonnement, douleur, inflammation du conduit auditif externe. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui

ont guéri. 91
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri. 95
§ 4. De la peau. 96
1. Taches roses lenticulaires. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
38e observation 97
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 103
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes. 107
2. Des sudamina. 108
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont gueri. 109
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes. 111
3. De l'érysipèle. 113
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . *Ib.*
39e observation. . . . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 121
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes. 122
4. Eruptions variées, plaies des vésicatoires, eschares. 123
Art. IX. Des symptômes fébriles proprement dits . . 125
§ 1. Des frissons. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 126
3° Chez les sujets morts de maladies aigues non typhoïdes 127
4° Chez les sujets atteints de maladies aigues non typhoïdes qui ont guéri. 128
Résumé. 130
§ 2. De la chaleur et des sueurs . . . . . *Ib.*

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . . 130
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 132
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes. 133
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes qui ont guéri . . . . . *Ib.*
Résumé de l'article. 136
§ 3. Du pouls. 137
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 139
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes 141
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes qui ont guéri 142
Résumé 144

Art. X. — De la voix et de la respiration. 146
§ 1. De la voix. . . . . *Ib.*
39e observation (bis) 147
§ 2. De la respiration, toux, crachats, diverses espèces de râle 151
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 154
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes 157
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes qui ont guéri. 158

Art. XI. Des fièvres intermittentes. 161
§ 1. Des douleurs de ventre. . . . . *Ib.*
§ 2. De la diarrhée 164
§ 3. Des douleurs à l'épigastre 166
§ 4. Des nausées et des vomissements 168
§ 5. De la langue et de l'arrière-bouche. 169
§ 6. Des symptômes cérébraux 171

§ 7. Des organes des sens 172
§ 8. Des douleurs dans les lombes et dans les membres 173
§ 9. De la toux. . . . . *Ib.*
Art. XII. État du sang tiré des veines pendant la vie. 175
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 176
3° Chez les sujets atteints d'affections aiguës non typhoïdes . . . . . *Ib.*
Résumé. 177

CHAPITRE II. — Du diagnostic. 183
Art. I. Du diagnostic dans les cas graves et légers non latents 184
40e observation. 199
Tableau des symptômes observés dans 17 cas d'affection typhoïde, et dans 23 cas d'entérite qui ont guéri 209
40e observation *bis*. 215
Art. II. Affection typhoïde sous forme latente. 218
41e observation . . . . . *Ib.*
42e observation 225
43e observation 232
44e observation 239
45e observation. 246
Art. III. Affection typhoïde dont le caractère anatomique pouvait paraître douteux au premier abord. . 258
46e observation . . . . . *Ib.*
47e observation 264
48e observation 273
49e observation 279
Art. IV. Observations dans lesquelles la plupart des symptômes de l'affection typhoïde ont eu lieu, sans altération spéciale des plaques elliptiques de l'iléum. 288
50e observation . . . . . *Ib.*
51e observation 295
52e observation 301

Art. V. Le typhus des camps et armées et l'affection typhoïde sont-ils une seule et même maladie? . . . 311
Art. VI. Le typhus fever (fièvre continue des Anglais) et l'affection typhoïde, sont-ils une seule et même maladie? 314

Chapitre III. — De la perforation de l'intestin grêle. . 325
53e observation. 329
54e observation 335

Chapitre IV. — Du pronostic. 340

Chapitre V. — Des causes 352

Art. I. De l'âge. 353

Art. II. Du sexe. 354

Art. III. Des professions 355

Art. IV. De la constitution, des peines morales, des excès de travail et de table 356

Art. V. Changement d'habitudes. 357
55e observation. 361

Art. VI. De la contagion 368

QUATRIÈME PARTIE.

DU TRAITEMENT.

Chapitre premier. — De la saignée 380
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 387
3° Examen du traitement par les saignées coup sur coup 394

Chapitre II. — Des évacuants 428

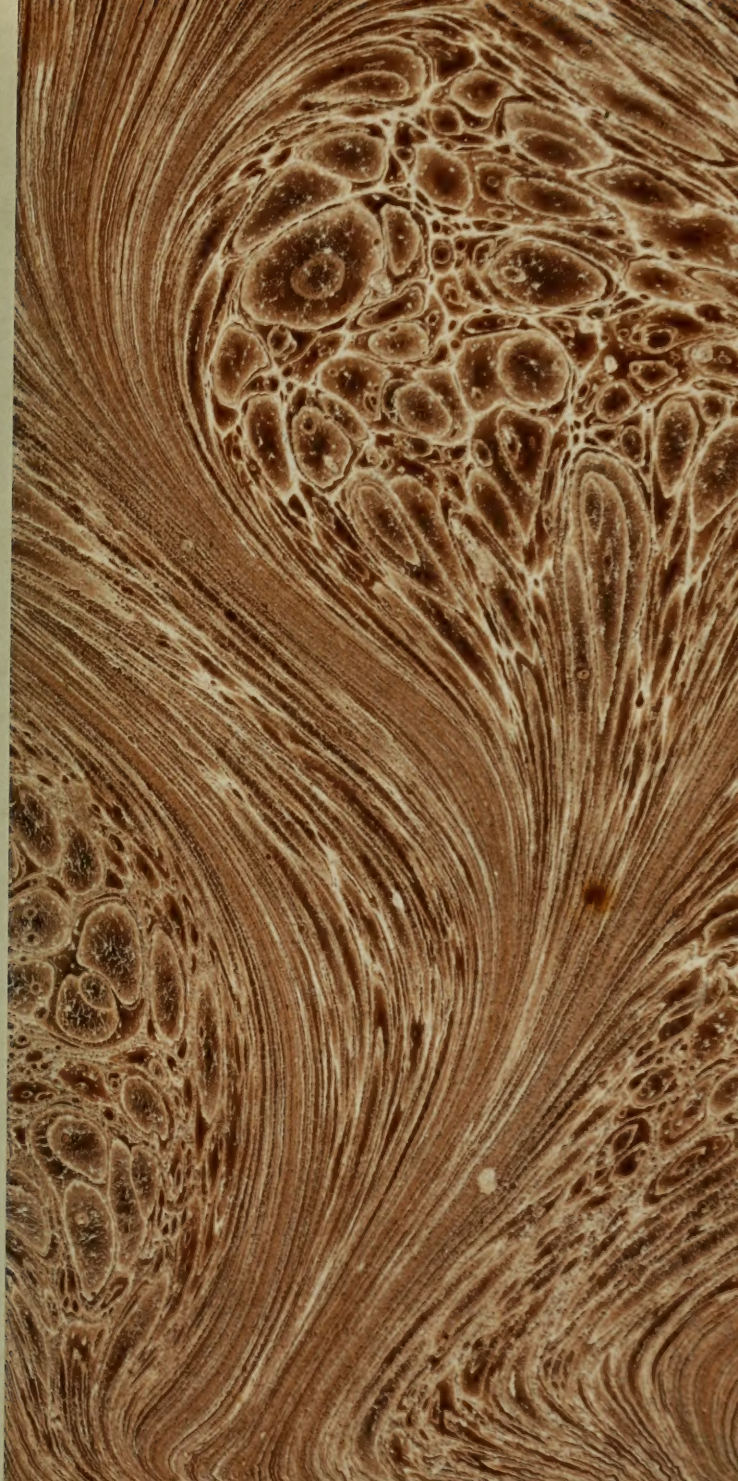
Chapitre III. — De l'opium 445

Chapitre IV. — Des toniques 455
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . 455
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 459

56e observation. 462
57e observation. 465
58e observation 469
59e observation. 474
CHAPITRE V. — Des vésicatoires. 479
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 481
CHAPITRE VI. — De la glace sur la tête. 484
CHAPITRE VII. — Du traitement de l'affection typhoïde en général. 486

CINQUIÈME PARTIE.

ANALOGIES ET DIFFÉRENCES QUI EXISTENT ENTRE L'AFFECTION TYPHOÏDE ET LES AUTRES MALADIES AIGUES FÉBRILES.

Débuts.. 507
Symptômes locaux. 508
Symptômes généraux 509
Marche. 510
Causse . . . . . *Id.*
Lésions qui caractérisent. 512
Résumé. 515

FIN DE LA TABLE DU DEUXIÈME ET DERNIER VOLUME.